

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

**NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO Y SU INFLUENCIA EN
LA RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA INMEDIATA EN PACIENTES DE
18 A 65 AÑOS DE EDAD CON ASA I, ASA II Y ASA III QUE SERÁN
SOMETIDOS A CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2015**

**DIESERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

GABRIELA MARGARITA GAVILANES SALAZAR

JESSICA KATHERINE ORTIZ SILVA

DRA. ROCÍO VALLEJO SÁNCHEZ

DIRECTORA

DRA. PAMELA CABEZAS

DIRECTORA METODOLÓGICA

QUITO-ECUADOR

2015

AGRADECIMIENTO

Estoy plenamente agradecida con Dios y la Virgen Dolorosa, mis guías celestiales, quienes me han acompañado desde mis primeros pasos académicos.

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a mis maestros por sus esfuerzos para que pueda graduarme, especialmente a los especialistas y docentes Dra. Rocío Vallejo Sánchez, Dra. Pamela Cabezas y al Dr. Sergio Chávez, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarnos a llegar al punto en que nos encontramos. Gracias por sus deseos de transmitirnos sus conocimientos para lograr importantes objetivos como culminar la tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

Por último, estoy agradecida con el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo por abrirnos las puertas para desarrollar este proyecto investigativo.

Gaby

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy y por haber puesto en mi vida a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía a lo largo de mi carrera.

A mi familia por todo su amor, paciencia y apoyo durante esta etapa de mi vida. Son la inspiración para seguir en este camino.

A mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

Jessy

DEDICATORIA

Dedicado a mi madre, Irene, quien más que eso ha sido el ángel que la vida me regaló, gracias a su sacrificio y dedicación soy la persona que soy.

A mis hermanas, Alexandra y Paola, y a mi sobrino Nicolás que son el motor de mi vida y quienes me inspiran a seguir adelante y no darme por vencida.

Y a Wilson, quien también ha sido un apoyo emocional muy importante en mi vida y depositó siempre su esperanza en mí.

Los amo,

Gaby

A mis queridos padres León y María Elena por permitirme hacer mis sueños realidad y ser el pilar fundamental en mi vida. Todo lo que soy es gracias a ustedes. Los amo.

Jessy

ÍNDICE

Resumen.....	1
.....	4
Capítulo I. Introducción.....	5
.....	6
Capítulo II. Revisión bibliográfica.....	7
1. Ansiedad.....	7
1.1 Antecedentes históricos.....	7
.....	12
1.2 Definiciones.....	13
.....	14
1.3 Ansiedad y otros términos relacionados.....	14
.....	15
1.4 Etiología.....	16
1.5 Fisiopatología.....	16
.....	18
1.6 Clasificación.....	18
1.7 Clínica.....	18
.....	19
2. Ansiedad preoperatoria.....	19
2.1 Epidemiología.....	20
2.2 Etiología.....	20
.....	21
2.3 Factores predictores.....	21

.....	23
2.4 Fisiopatología.....	23
.....	27
2.5 Visita preanestésica y relación médico paciente.....	28
.....	32
3. Cuidados postanestésicos.....	32
.....	34
3.1 Fases de la recuperación postanestésica.....	34
.....	35
4. Complicaciones postanestésicas.....	35
.....	41
5. Escalas de valoración preanestésica y postanestésica.....	41
5.1 Escala APAIS.....	41
.....	44
5.2 Escala de White y Song.....	44
.....	45
CAPÍTULO III. Justificación.....	46
CAPÍTULO IV. Metodología.....	47
1. Problema de investigación.....	47
2. Objetivos.....	47
2.1 Objetivo general.....	47
2.2 Objetivos específicos.....	47
3. Hipótesis.....	48
4. Diseño de estudio.....	48
5. Población de estudio.....	48

6. Muestra.....	48
7. Criterios de inclusión y exclusión.....	48
7.1 Criterios de inclusión.....	48
7.2 Criterios de exclusión.....	49
8. Identificación de variables.....	49
9. Operacionalización de variables.....	49
.....	51
10. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	51
.....	52
11. Técnicas de análisis.....	52
.....	53
12. Aspectos bioéticos.....	53
CAPÍTULO V. Resultados.....	54
.....	67
CAPÍTULO VI. Discusión.....	68
.....	70
CAPÍTULO VII. Conclusiones.....	71
CAPÍTULO VIII. Recomendaciones.....	72
CAPÍTULO IX. Limitaciones.....	73
.....	74
Bibliografía.....	75
.....	83
Anexos.....	84
.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación ASA.....	29
.....	30
Tabla 2. Características de la Escala de Ansiedad (APAIS) en diferentes puntos de corte con una puntuación de 46 en el STAI como punto de referencia	43
Tabla 3. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la edad de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....	63
Tabla 4. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....	65
Tabla 5. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la recuperación postanestésica inmediata de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Fases de la recuperación postanestésica.....	35
Gráfico 2. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015 según el sexo.....	54
Gráfico 3. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la edad.....	55
Gráfico 4. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según nivel de instrucción.....	56
Gráfico 5. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según cirugía previa.....	57
Gráfico 6. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el ASA.....	58
Gráfico 7. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el tipo de anestesia.....	59
Gráfico 8. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el nivel de ansiedad.....	60
Gráfico 9. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la necesidad de información.....	61
Gráfico 10. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la recuperación postanestésica..	62
Gráfico 11. Relación entre nivel de ansiedad preoperatoria y la edad de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....	64

Gráfico 12. Relación entre nivel de ansiedad preoperatoria y la necesidad de información de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....65

Gráfico 13. Relación entre el nivel de ansiedad preoperatorio y la recuperación postanestésica inmediata en los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.....67

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

(ACTH)	Hormona adrenocorticotropa.....	24
(CRF)	Hormona liberadora de hormona adrenocorticotropa.....	24
(ASA)	American Society of Anesthesiologists.....	33
(JCAHO)	Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud.....	40
(STAI)	Inventario de Ansiedad Estado Rasgo De Spielberger.....	63
(APAIS)	Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam.....	42

RESUMEN

Antecedentes: La ansiedad es una entidad que se presenta en la mayoría de los pacientes que se enfrentan ante un evento nuevo como es el procedimiento anestésico y quirúrgico. Hasta el momento no se ha esclarecido la influencia de un alto nivel de ansiedad preoperatoria en la recuperación de los pacientes en la Unidad de Cuidados Postanestésicos.

Objetivo: Determinar la influencia de los niveles de ansiedad preoperatorios en la recuperación postanestésica inmediata en pacientes del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el periodo de julio a septiembre del 2015.

Metodología: Es un estudio descriptivo transversal que incluyó un total de 154 pacientes de 18 a 65 años de edad, con ASA I, II y III que fueron sometidos a cirugía programada bajo anestesia general o raquídea. Se recolectó la información de forma presencial mediante el uso de dos escalas, la primera con el objetivo de detectar los niveles de ansiedad preoperatoria y la segunda para valorar la recuperación postanestésica inmediata. Además se incluyeron datos sociodemográficos en el estudio.

Se creó una base de datos utilizando el programa Excel 2010 y posteriormente los resultados se analizaron mediante la asociación de variables y determinación del nivel de significancia en el programa SPSS 22.0.

Resultados: En el presente estudio la mayoría de la población presentó un alto nivel de ansiedad 127 personas (82,5%). El factor edad demostró influir en el alto nivel de ansiedad de los pacientes con una relación estadísticamente significativa ($p=0.001$) y un Odds Ratio 1,46 con un IC del 95% entre 1,297 y 1,642. Los pacientes con alta

demanda de información son los que presentan altos niveles de ansiedad en el preoperatorio ($p=0,00$).

Conclusiones: Los pacientes programados para cirugía electiva presentan altos niveles de ansiedad lo cual concuerda con la elevada demanda de información detectada. La mayoría registró una buena recuperación postanestésica inmediata independiente de su nivel de ansiedad previo.

Palabras clave: Ansiedad, recuperación postanestésica, información.

ABSTRACT

Background: Anxiety is an entity that occurs in most patients facing to a new event such as the anesthetic and surgical procedure. So far it has not clarified the influence of a high level of preoperative anxiety in the recovery of patients in the Post Anesthesia Care Unit.

Goal: To determine the influence of the levels of preoperative anxiety during the immediate anesthesia recovery in “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” patients during the period from July to September 2015.

Methodology: A cross-sectional study that included a total of 154 patients 18 to 65 years old with ASA I, II and III underwent elective surgery under general or spinal anesthesia. Information was collected by the researchers using two scales, the first in order to detect the levels of preoperative anxiety and the second to assess the immediate anesthesia recovery. Sociodemographic data were included in the study. A database was created using Excel 2010 program and later the results were analyzed by association of variables and determining the level of significance using the SPSS 22.0 program.

Results: In this study the majority of the population had a high level of anxiety 127 people (82.5%) compared to the group with a low level of anxiety made up of 27 people (17.5%). The age factor influencing demonstrated the high level of anxiety in patients with a statistically significant relationship ($p = 0.001$) with an odds ratio 1.46 with 95% between 1,297 and 1,642. Patients with high demand for information are those with high levels of preoperative anxiety ($p = 0.00$).

Conclusions: Patients scheduled for elective surgery have high levels of anxiety which is consistent with the high demand detected information. Most recorded a good immediate post-anesthesia care regardless of their previous level of anxiety.

Keywords: Anxiety, postanesthetic, information.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Todo proceso quirúrgico supone un desafío generalizado para el organismo y una situación de estrés y ansiedad aguda. En el periodo postanestésico inmediato los escasos datos aportados hasta el momento en la literatura científica sólo describen de manera inconsistente la posible asociación entre ansiedad preoperatoria y la aparición de complicaciones postanestésicas.

En ningún centro quirúrgico público o privado existe una conducta sistemática dirigida a valorar la ansiedad preoperatoria. En nuestro país no es una práctica habitual proporcionar información a los pacientes y menos resolver sus inquietudes. La consulta preanestésica sigue centrada en la evaluación técnico médica y hasta administrativa, no obstante una adecuada y exhaustiva consulta preanestésica provista de la consiguiente preparación psicológica y encaminada a brindar la información suficiente al paciente parece influir en el nivel de ansiedad.

El paciente debería llegar a la intervención quirúrgica siendo conocedor de todos los hechos que le sucederán y provisto del estado anímico y de ansiedad adecuados, que le permitan canalizar su energía hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y en su recuperación.

Para una valoración preanestésica eficaz es de importancia evaluar al paciente de forma completa e integral. Todo esto con el fin de disminuir la ansiedad preoperatoria y la morbilidad postoperatoria, lo que se traduce en menor estancia hospitalaria, reducción de costos y lo más importante proporcionar calidad total en la atención del paciente.

Nuestra investigación se llevó a cabo en pacientes de 18 a 65 años con ASA I, II y III que serán sometidos a cirugía programada en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el periodo de julio a septiembre del 2015. El presente estudio pretende valorar cómo la ansiedad preoperatoria influye en la recuperación postanestésica con la finalidad de optimizar la atención en la consulta preanestésica.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. ANSIEDAD

1.1 Antecedentes históricos

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. En la Grecia moderna existía la palabra *anesuchia* cuyo significado primitivo es “sin tranquilidad” o “sin calma”. Sin embargo, en la época de Cicerón, los romanos utilizaron la palabras *anxietas*, indicadora de un estado duradero de medrosidad. Este vocablo contrasta con *angor* que revela un estado momentáneo de miedo intenso, análogo al concepto actual de angustia. El término *angor* deriva del verbo *ango* que significa “oprimir o estrangular”, prefijo utilizado en la época romana para describir la sensación de opresión en el tórax y la angustia asociada. Varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica *angh* y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad. **(1)(2)**

Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido.

Burton (1621) señala la existencia de un vínculo entre las alteraciones de la mente y el cuerpo. En este sentido Platón afirma que: “Todos los males proceden del alma”. Sin embargo Burton no menciona en ningún momento el término ansiedad. (2)

Berrios y Link señalaron que pese a las numerosas referencias sobre estados próximos a ansiedad en la literatura antigua, no se incorporó tal término sino hasta más tarde dentro del léxico psiquiátrico. En parte explicado a que muchos de los signos y síntomas sugestivos de ansiedad eran atribuidos a otro tipo de enfermedades. Por ejemplo, la dificultad respiratoria muy frecuentemente presente en un individuo ansioso se atribuía a anomalías pulmonares; lo que se describe como una sensación de hormigueo en el estómago era interpretado como una alteración gástrica.

En la bibliografía médica las primeras obras impresas a mediados del siglo XV apenas hacían mención a cualquier trastorno relacionado con la ansiedad. El término *ansiedad* se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales en el siglo XVIII, aunque es imposible precisar el momento exacto.

El primer tratado de psiquiatría corresponde a William Battie (1703-1776), y aunque su obra se centró en los trastornos más graves, la percepción de Battie trascendió ya que consideraba que muchas personas que deliraban podían experimentar “ansiedad” en algún momento, mientras que muchos otras las exhibían sin haber padecido de ningún tipo de locura, lo que confundió a algunos colegas. Así pues, los médicos que se ocupaban de las enfermedades mentales se concentraban en los pacientes con trastornos graves que precisaban el ingreso en alguna institución mientras que los trastornos menos importantes se atribuían a anomalías de los nervios o del cerebro.

En los primeros años del siglo XIX se asistió a un cambio dentro del campo de la salud mental, en la bibliografía médica se escribieron los primeros esbozos biográficos extensos acerca de las ansiedades, conflictos y problemas psicológicos generales de la vida cotidiana. Un aspecto muy importante que no se lo tocó sino hasta este siglo, era la creencia de que la ansiedad constituía el hilo conductor de una amplia gama de afecciones.

Landre Beauvais empleó en Francia el término *angoisse* para designar los estados de ansiedad y lo definió como “cierto malestar, quietud o agitación excesiva” que podía acompañar a trastornos agudos o crónicos y a expresiones psicológicas o somáticas de la ansiedad. El término *ansiedad de la mente* apareció poco después en un libro del médico inglés Charles Thackrah, en 1831, al escribir sobre la afección de salud de los médicos por la ansiedad de la mente, e incitó a los mismos a estudiar e investigar al respecto. (1)

Freud (1895) es quien introduce el término como palabra técnica en el campo de la psicología. Este autor define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego. Freud (1964) identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en

función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo. Según esto, la ansiedad es una característica esencial de la neurosis.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. Desde la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), los cuales interactúan entre sí.

Además, en esta misma década se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano.

Por otro lado, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto

lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

En el siglo XX nace la corriente del conductismo como parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Mientras que en la corriente cognitivista, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que incitan una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación.

Poco tiempo después autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976) concuerdan que la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan, es decir se habla de un enfoque cognitivo y conductual. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del

mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional. (2)

Reseñas históricas más importantes

1. Siglo XVII: Se empieza a utilizar la ansiedad como término médico
2. Robert Burton (1694): Alteraciones originadas por lo que llamó “temor”
3. William Cullen (1769): Crea el término neurosis
4. Warburg (1799): Utiliza el término obsesión en su sentido actual
5. O. Domirch. Principios del siglo XIX: Escribe sobre la crisis de ansiedad
6. Thackrah (1831): Aparece el término ansiedad de mente
7. Esquirol (1838) : Describe las obsesiones y compulsiones
8. Beard (1868) : Utiliza por primera vez el término neuroastenia
9. E. Brissaud (1890) : Diferencia ansiedad de angustia
10. Sigmund Freud (1895): Neurosis de ansiedad
11. F. Skinner (1904 – 1990) : Ansiedad respuesta a una situación temida
12. Walter Cannon : (1911): Introduce el término estrés en biología
13. DSM-III (1980): Surge el término trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático
14. CIE-9 (1992): Estado de ansiedad (clasificación OMS) (3)

1.2 Definiciones

- Ansiedad

Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo".

La ansiedad puede definirse como un sentimiento de disforia desagradable acompañada de tensión y/o de síntomas somáticos como anticipación de un daño o desgracia futuros. Es un temor impreciso carente de objeto exterior. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso necesario para el manejo normal de las exigencias del día a día. **(4)**

- Ansiedad fisiológica

La ansiedad normal es un dispositivo que todos disponemos genéticamente como posibilidad de reacción y adaptación, por lo tanto es deseable para conseguir una acción eficaz. **(3)**

- Ansiedad patológica

El problema aparece cuando ese mismo mecanismo que produce estos cambios de alerta se pone en marcha sin que haya un peligro real, en ese momento hablamos de ansiedad patológica que se caracteriza por presentar una inadecuación entre el estímulo y la respuesta de nuestro organismo. No es adaptativa, no sirve como señal de alarma

originando un gasto energético inútil e interfiriendo negativamente en los rendimientos psicomotores, psicosociales y fisiológicos.

La OMS definió la ansiedad patológica como las combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuibles a un peligro real, que se presentan ya sea como una crisis o bien como un estado persistente. **(3)**

Para que la ansiedad se convierta en patológica necesita los siguientes requisitos: que tenga una gran intensidad, con capacidad paralizante, que su duración sea excesiva y con episodios cada vez más frecuentes. **(5)**

1.3 Ansiedad y otros términos relacionados

- **Angustia**

El concepto de angustia procede del término alemán angst y de la palabra germana eng. Dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro. Mientras la influencia latina hablaba de angor, con el influjo de la psiquiatría francesa se llegó al término de angoisse, como un sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud.

La angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, a diferencia de la ansiedad la angustia es más cargada de sensaciones somáticas presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación; para que ocurra ésta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

(1)

- Miedo

El miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que, de alguna manera viene de afuera de nosotros y se nos aproxima trayéndonos inquietud, desasosiego y alarma; aquí la clave está en la percepción de un peligro actual y real que amenaza en algún sentido. (5)

- Estrés

Procede del término “stress” que es una palabra inglesa que significa carga y “strain” que hace referencia a tensión o esfuerzo. Hans Selye, un psicofisiólogo alemán, considerado el padre del estrés, define al mismo como una “respuesta inespecífica ante cualquier demanda de una situación”. El doctor Selye dividió al estrés en fisiológico o eutrés y patológico o distrés. El eutrés se considera como el buen estrés, el cual es necesario, es la cantidad óptima, no es dañino y es una cantidad de estrés esencial para la vida, el crecimiento y la supervivencia. Este tipo de estrés nos permite enfrentarnos a los retos y adaptarnos a los cambios. El distrés se considera un mal estrés pues es dañino, patológico, que destruye al organismo, es acumulable, mata neuronas del hipocampo, contribuye a producir patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etc. El Síndrome de Adaptación General descrito por Selye sugiere que en los seres humanos se producen las mismas reacciones fisiológicas ante el estrés, independientemente del estímulo provocador. (6)

1.4 Etiología

Hasta el momento no se ha esclarecido cual es la etiología de la ansiedad, no obstante se han identificado algunas circunstancias de índole biológica, ambiental y psicosocial que pueden favorecer su presentación.

Los factores más destacados son: la historia familiar de ansiedad u otros trastornos mentales, el antecedente personal de ansiedad en la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión) y la existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias. (7)

1.5 Fisiopatología

En la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales de la siguiente manera: la entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de la amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información activando múltiples sistemas y coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. La activación del sistema autonómico está regulada por conexiones existentes entre la amígdala y el locus coeruleus produciendo un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardiaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus coeruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales. El eje hipotálamo

pituitario adrenal es responsable de la producción endócrina durante la respuesta de temor y recibe regulación desde la amígdala por la existencia de conexiones recíprocas con el hipotálamo. Durante un episodio de temor agudo, la activación del eje aumenta la liberación de glucocorticoides como el cortisol, pero sólo mientras dure la percepción de peligro. El aumento de la frecuencia respiratoria también es una parte importante de la respuesta al miedo y se regula mediante conexiones entre la amígdala y el núcleo parabraquial, no obstante si se produce una activación en exceso puede ocasionar sensación de asfixia.

Las respuestas emocionales y fisiológicas ante una amenaza preparan al individuo para tomar una acción de escape o combate. Las respuestas motoras, como un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento, son reguladas por conexiones entre la amígdala y la sustancia gris periacueductal. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad.

La ansiedad puede desencadenarse no solo por un estímulo externo sino también internamente a través de recuerdos traumáticos almacenados en el hipocampo, que pueden activar y hacer que esta, a su vez, active otras regiones cerebrales para generar una respuesta de temor. Cuando se produce una exposición aguda a una situación de temor, la amígdala lateral integra la información de diversas regiones cerebrales:

- El córtex sensorial y el tálamo que aportan datos sobre los estímulos relacionados con la situación de temor,
- El hipocampo que aporta recuerdos de experiencias relacionadas con el temor, y
- El córtex prefrontal ventromedial que pueda aportar una entrada de alivio para eliminar la respuesta al miedo.

Durante la exposición aguda al estresor, se activan los circuitos del temor produciendo así reacciones que optimizan la probabilidad de supervivencia. Una vez que el trauma desaparece los circuitos vuelven al funcionamiento en la línea basal. Cuando los circuitos son sometidos a estrés de forma reiterada se sobrecargan, proceso conocido como “sobresensibilización al estrés” en el que los circuitos no solo quedan sobreactivados sino que mantienen esa sobreactivación incluso una vez que el estresor desaparece. (8)

1.5 Clasificación

En el inventario de ansiedad de Spielberger et al. (1970) la ansiedad se conceptualiza en dos tipos, la ansiedad rasgo, o predisposición a la ansiedad, que es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta, y la ansiedad estado, que se define como el estado emocional transitorio que aparece en respuesta a un estímulo y que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. (9)(10)

1.6 Clínica

Los tres componentes de la ansiedad:

- El cognitivo: es el componente crucial de ansiedad. Aunque no todos seamos conscientes de ello, estamos continuamente hablándonos, y ante una situación de supuesta amenaza, solemos repetirnos una y otra vez pensamientos relacionados con la misma. Por ejemplo: inquietud interna, miedo a perder el control de la situación, pensamientos de la nada, miedo a la muerte, dificultad para retener información y concentrarse. (8)(11)

- El fisiológico: el sistema nervioso autónomo provoca una serie de cambios fisiológicos que causan sensaciones tales como taquicardia, sudoración, sensación de mareo, asfixia, opresión en el pecho, temblores, sequedad de la boca, dificultad respiratoria etc. Es importante tener en cuenta que estos cambios preparan al individuo para la lucha y huida.
- El conductual: es decir, lo que uno hace en la situación de ansiedad; hablar del problema, moverse de forma nerviosa, posición de congelamiento, salir corriendo o enfrentarse a la situación. (12)

2. ANSIEDAD PREOPERATORIA

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente importante de preocupación porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas, ello aunado al hecho de que en el preoperatorio los pacientes reciben poca o nula preparación e información, contribuyen para que las mismas se conviertan en el escenario ideal para desarrollar un sin números de preocupaciones y miedos. Los usuarios deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad que les aqueja e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postanestésica. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos. La ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento. Las puntuaciones de ansiedad por la noche no se correlacionan con los de la mañana, justo antes de la cirugía, siendo estas últimas las más significativas. (13)(14)

2.1 Epidemiología

Es común que los pacientes se sientan ansiosos antes de la cirugía. La frecuencia varía en función del método de medición de la ansiedad. Recientemente, Boker et al. informaron que el 60% de los pacientes que se presentan para cirugía electiva experimentan ansiedad. (15) Mingir et al. concuerdan con estas cifras estadísticas señalando que la ansiedad preoperatoria se encuentra en un 60-80% de pacientes programados para cirugía. Recalcando además que un 5% de los pacientes programados para cirugía general presentan síntomas severos de ansiedad y desisten del procedimiento. (16)

2.2 Etiología

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo a lo desconocido o al ambiente hospitalario, desconfianza a la calidad de la atención médica proporcionada, empleo de nomenclatura médica que el enfermo percibe como grave, incertidumbre en relación al resultado esperado por la intervención quirúrgica, o a falta de la experiencia que será vivenciada dentro del quirófano, siendo esta última mucho más frecuente en sujetos con experiencias anestésico quirúrgicas negativas personales o familiares, temor a la anestesia, que puede justificarse por una vivencia pasada desagradable como el despertar incidental durante el proceso o sentir dolor sin tener la capacidad de expresarlo.

Las preocupaciones más habituales son el miedo al dolor postanestésico, temor a la muerte o a la discapacidad funcional postintervención, malestar por la separación del paciente de su núcleo familiar y laboral, interfiriendo de esa forma en sus relaciones interpersonales y al mismo tiempo, según la clase social, vulnerando su situación

económica, miedo a la mutilación o pérdida de una parte corporal, entre muchas otras.

(7)

J. Ortiz, hace mención que investigaciones anteriores sobre anestesia han revelado que los pacientes sienten miedo de morir durante la anestesia en un 8 a 55%, de despertar durante la anestesia en 5 a 54%, de sentir dolor en un 5 a 65% y temor a presentar náuseas en un 5 a un 48% en el período postoperatorio. (17)

2.3 Factores predictores

Los pacientes pueden percibir el día de la cirugía como el día más amenazador en sus vidas y el grado de ansiedad manifestado parecer relacionarse con algunos factores sociodemográficos y culturales.

Valenzuela Millán J et al., concluyeron que los altos niveles de ansiedad en el preoperatorio se presentan de forma más prevalente en algunos grupos sociales, en función del género, la edad, la escolaridad, la capacidad del paciente para comprender los sucesos que acontecen durante el acto quirúrgico anestésico, tipo y alcance de cirugía propuesta, susceptibilidad personal a situaciones de estrés, experiencias negativas personales o familiares en relación al proceso quirúrgico anestésico, entre otros. (13)(15)(18)

La literatura revela que altas puntuaciones de ansiedad se presentan con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Ebirim, et al., revelaron en su estudio que el 27,1% de los participantes masculinos versus el 40,9% de las mujeres participantes fueron ansiosos. Aunque se concluye alegando que la diferencia de género no fue estadísticamente significativa. (19)(20)(21) Además no hubo asociación entre la edad y la ansiedad.

En cuanto al nivel educacional, los individuos con un alto nivel de educación pueden estimar con mayor precisión el riesgo de la cirugía y evidenciar gran ansiedad; sin embargo, las personas con bajos niveles de educación pueden temer a lo desconocido y por lo tanto también vincularse con altos niveles de ansiedad. (22)(23)

Rachid Aalouane determina que la gravedad de la enfermedad y el tipo de cirugía son factores determinantes en el nivel de ansiedad preoperatorio, encontrándose los niveles más altos en el departamento de oncología. (24)

En cuanto a la correlación de la religiosidad y la ansiedad se evidencia una correlación inversa entre ellos, los pacientes con baja religiosidad presencian niveles de moderados a severos de ansiedad, aunque tal conclusión no se muestra significativa al final del estudio. (25)

Hablando del procedimiento quirúrgico, la razón más común para la ansiedad fue la posibilidad de postergación de la intervención, representado un 69,6% de la población del estudio de L. Ebirim, et al. Cabe mencionar que los pacientes con experiencia quirúrgica previa son menos ansiosos que los pacientes que serán intervenidos por primera vez. (19)(26)

Hay otros factores involucrados no mencionados previamente, entre ellos, antecedentes de tabaquismo, la percepción negativa del futuro, la extensión de la cirugía propuesta, el estado civil también parece ejercer influencia en el nivel de ansiedad, siendo éste más alto en sujetos solteros o divorciados. Hallazgos similares también se han reportado en la literatura mientras que otros investigadores demostraron la falta de efecto del estado civil en los niveles de ansiedad preoperatoria. (27)

Los altos niveles de ansiedad estado reflejan mayores porcentajes de ansiedad en el momento de la evaluación y los altos niveles de ansiedad rasgo son indicativos de una personalidad ansiosa, existiendo correlación significativa entre la personalidad ansiosa y la ansiedad estado preoperatoria en el área de estudio.(28)(29) En investigaciones respecto al suministro de información preoperatoria, los resultados ilustran que a medida que aumenta la provisión de información, el estado de ansiedad preoperatoria disminuye. (30)

Finalmente, cabe destacar que si bien pueden existir un sin número de factores predictores de ansiedad, algunos ya mencionados y muchos otros por investigar, los estudios con lo que se cuenta actualmente son muy limitados al respecto, por ende hace falta más investigación en este campo para poder avalar la influencia de estos factores en la predicción de ansiedad en el preoperatorio.

2.4 Fisiopatología

La vida exige a todo ser vivo, cierta capacidad de adaptación a los cambios del entorno y de restauración de su integridad física y su nivel energético. Cualquier tipo de agresión desencadena una reacción por parte del organismo en dos formas: una respuesta local al trauma y una respuesta sistémica del organismo para sobreponerse a la situación a la que se ve sometido. (31)

Los mecanismos fisiológicos consecuentes a la agresión producida durante cualquier intervención se inician desde la primera incisión quirúrgica, desencadenando el impulso nociceptivo que parte del lugar de la agresión. Los impulsos nociceptivos que llegan a la médula espinal por fibras aferentes sensitivas somáticas, alcanzan la zona de Lissauer antes de establecer sinapsis en la sustancia gelatinosa y en las columnas

dorsales. Las fibras sensitivas se entrecruzan y ascienden por el tracto espino talámico para alcanzar el núcleo ventral posterior del tálamo y desde este lugar, las neuronas alcanzan la corteza cerebral. (32)(33)(34)

Esta información llega al hipotálamo que es el coordinador central de la respuesta endócrina, éste envía un impulso eferente que determina la liberación de numerosas sustancias neuroendócrinas que actúan para conservar la homeostasis. La traducción neuroendócrina de la agresión quirúrgica es la elevación de los niveles plasmáticos de las hormonas contrarreguladoras (glucagón, cortisol y catecolaminas), así como de la hormona del crecimiento, aldosterona, hormona adrenocorticotropa (ACTH), prolactina y vasopresina. (35)

La ACTH es liberada a través de múltiples estímulos de distinta naturaleza, entre ellos, el estrés. La secreción de ACTH por las células cromóforas de la adenohipófisis se realiza a través de un factor de liberación, la hormona liberadora de hormona adrenocorticotropa (CRF), sintetizada en el núcleo paraventricular del hipotálamo y puede ser potenciada por la angiotensina, la oxitocina, la vasopresina y la interleuquina-1. (36) La CRF, además de estimular la secreción hipofisiaria de ACTH, también aumenta la actividad del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal. Son algunos los efectos de la activación del sistema nervioso simpático; a nivel cardíaco, aumento de la conducción, frecuencia y contractilidad cardíaca, a nivel vascular produciendo vasoconstricción, a nivel respiratorio actuando sobre el centro respiratorio aumentando la frecuencia respiratoria.

Los estímulos psicológicos, además de los físicos, pueden evocar diversas respuestas simpáticas diferentes. El CRF puede segregarse por estímulos ascendentes medulares

o por vías procedentes del sistema límbico. (37) El sistema límbico es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestionan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. Está relacionado con la memoria y las emociones.

Avances importantes en la neurofisiología permiten la aproximación hacia la comprensión de la influencia de la ansiedad en la recuperación postanestésica. LeDoux ha centrado su investigación científica en los aspectos emocionales de la conducta, centrándose sobre todo en la emoción del miedo. Descubrió que parte de nuestra memoria de los miedos es indeleble. Se conserva en la amígdala y no se borra con el tiempo. (38) Es por ello que vivencias quirúrgicas anestésicas negativas experimentadas en el pasado influirán indiscutiblemente en la visión de futuras intervenciones. Los factores psicológicos, como la emotividad y la ansiedad son capaces de poner en marcha la respuesta neuroendócrina provocando un aumento de diversas hormonas de estrés, un notable incremento en la secreción de ACTH por la adenohipófisis, seguida unos minutos después por un gran incremento en la secreción de cortisol por la glándula suprarrenal encaminando un serie de modificaciones corporales que se alejan de lo considerado como fisiológico. “Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia”.(39) Entre los potenciales efectos del cortisol se incluyen la intolerancia a la glucosa, la movilización de precursores neoglucogénicos y de los depósitos grasos, la síntesis de proteínas de fase aguda, la oxidación de aminoácidos del músculo esquelético y la inhibición, tanto de la respuesta inmunológica como inflamatoria.(37) Así pues, la respuesta de estrés deprime el sistema inmunológico a través de la hiperactivación del eje hipotálamo hipofisiario, incrementando la vulnerabilidad a infecciones y retrasando la cicatrización. (40)

El dolor postoperatorio es otro aspecto involucrado en la respuesta endocrinometabólica del organismo ante la agresión quirúrgica y la ansiedad. Esta respuesta, que incluye la activación del sistema simpático y la estimulación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, es el resultado de la estimulación nociceptiva directa vehiculizada por las fibras nerviosas correspondientes. **(35)** La ansiedad constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico y en general se acepta que a mayor ansiedad, mayor dolor. Sin embargo, la relación ansiedad dolor no está clara, ya que son muchos los factores susceptibles de modificar dicha relación, como son la ansiedad preoperatoria, personalidad, características del procedimiento quirúrgico y otros factores físicos, psíquicos, emocionales, sociales y culturales. Aunque resulta indudable el impacto emocional del dolor es muy difícil desligarlo del que genera la intervención quirúrgica por sí misma y las circunstancias que la rodean. **(41)**

Otras de las complicaciones comunes en el postoperatorio son la náusea y el vómito frecuentemente presenciados en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. Cuatro vías activan el vómito por las proyecciones directas al tracto del núcleo solitario en el cerebro posterior, lugar donde se encuentran neuronas de comando que impulsan el funcionamiento del generador central para la emesis (Kupfermann y Weiss, 1978):

1. fibras aferentes vagales,
2. área vestibular,
3. área postrema, y
4. conexiones con el cerebro anterior.

Las vías cerebrales potencialmente implicadas en las náuseas son el núcleo parabraquial, el tálamo, la amígdala, corteza insular, la corteza cingulada anterior,

corteza somatosensorial y la corteza viscerosensorial.(Miller et al. , 1996;. Napadow et al, 2012). (42) Nuestra atención se centra en su conexión con la amígdala, puesto que su activación se correlaciona directamente al enfrentar cualquier situación que se perciba como peligrosa y por ende genere ansiedad.

El mecanismo por el cual los anestésicos generan síntomas eméticos es a través de fibras aferentes vagales que inervan el estómago y el intestino y que son estimuladas por factores parácrinos (por ejemplo, la serotonina) que se liberan de las células enteroendócrinas al detectar drogas circulantes o toxinas locales en la luz del tracto gastrointestinal.

En un individuo ansioso las aferencias vagales también participan en la aparición de síntomas eméticos como producto de la distensión abdominal y el aumento del volumen gástrico consecuentes de la sialorrea generada por la descarga adrenérgica.

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Moix Queraltó, expone en su artículo “Emoción y cirugía” que la ansiedad preoperatoria influye en la mayor prevalencia de complicaciones en el postoperatorio como mayor dolor incrementando la toma de analgésicos y sedantes, dificultad en la administración intravenosa de los fármacos anestésicos lo cual puede resultar una tarea difícil como consecuencia de la vasoconstricción inducida por la ansiedad, dificultad respiratoria o episodios de tos recurrentes, inestabilidad hemodinámica, taquicardia, arritmias, inestabilidad térmica, náusea o vómito, entre otros. (43)(44)(41) Que en resumen se traducen en un periodo de convalecencia tumultuoso.

2.5 Visita preanestésica y relación médico paciente

La ansiedad y el miedo son consecuencias inevitables de una pobre comunicación entre el médico y el enfermo. Para algunos pacientes el miedo a lo desconocido produce más ansiedad que el total conocimiento de la enfermedad. La falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesiólogo en sus cuidados puede contribuir a esos miedos y ansiedades. (17) Según K. Ham Armenta et al. sólo 36% de los pacientes reciben detalles de la técnica anestésica, así como información completa acerca de los fármacos a utilizar. (45)

La importancia de la comunicación directa y el suministro de información en el alivio de la ansiedad preoperatoria están bien documentados. (46) En los estudios donde se ha investigado a los pacientes que recibieron detalles sobre la técnica anestésica y sobre los medicamentos que les serían administrados, se demostraron cambios benéficos en los niveles de ansiedad después del procedimiento. (47) Un correcto control de la ansiedad reduciría las disfunciones de órganos y las complicaciones por la disminución de la respuesta neurohormonal de la cirugía, logrando una menor morbilidad postoperatoria, lo que se traduce en menor estancia hospitalaria, reducción de costos y lo más importante proporcionar calidad total en la atención del paciente. (16)

Para el manejo de este concepto en el contexto hospitalario, el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad. (48)

La visita preanestésica es fundamental pues proporciona información, ayuda a resolver dudas no resueltas en la consulta de anestesia y sobretodo contribuye a mitigar el

miedo y la ansiedad. Hace aproximadamente 50 años, Egbert et al. informaron que la visita preanestésica realizada por un anestesiólogo es tan buena o mejor que cualquier droga para aliviar la ansiedad del paciente preoperatorio.(49)

Klafta y Roizen (1996) consideran que la visita preanestésica tiene seis propósitos:

- Adecuar y entender la predisposición del paciente a la anestesia y cirugía.
- Escoger el tipo de anestesia y educar al paciente hacia una técnica anestésica adecuada.
- Disminuir la ansiedad del paciente.
- Proponer tratamientos postquirúrgicos para el dolor.
- Disminuir costos al reducir la estancia hospitalaria.
- Obtener el consentimiento informado. (49)

Una de las herramientas comumente utilizadas por los anestesiólogos en la visita preanestésica es el ASA . instrumento utilizado mundialmente para categorizar la condición física de los pacientes previos a cirugía. (50)

Tabla 1. Clasificación ASA

ASA I: Paciente sano.

ASA II: Paciente con una enfermedad sistémica moderada

ASA III: Paciente con una enfermedad sistémica severa.

ASA IV: Paciente con una enfermedad sistémica severa que es una constante amenaza para la vida.

ASA V : Paciente moribundo que no se espera su supervivencia sin operación.

ASAVI: Paciente que es declarado con muerte cerebral , cuyos órganos pueden ser removidos con propósitos de donación.

Fuente: W.L. Aronson, M.S. McAuliffe, K. Miller. Variability in the American Society of Anesthesiologists Physical. AANA Journal 2003; 71(4): 265-74

La información en forma escrita no dispensa de una información verbal; ambas son complementarias, y su contenido debe estar adaptado a la situación clínica. Debe ser sencilla, inteligible y fidedigna. No debe ser exhaustiva, pero debe permitir evitar malentendidos y ayudar al paciente comprender el objetivo médico perseguido y los procedimientos que se le proponen.

El contenido de la información es objeto de discusiones, pero debería incluir los siguientes elementos: enunciado esquemático de la intervención proyectada, técnica anestésica propuesta y su descripción resumida, modalidades de ayuno preanestésico, eventual medicación preanestésica, modalidades de vigilancia postanestésica, información pretransfusional detallada y modalidades de analgesia postoperatoria.

(51)

El paciente debería llegar a la intervención quirúrgica siendo conocedor de todos los hechos que le sucederán y provisto del estado anímico y de ansiedad adecuados que le permitan canalizar su energía hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y en su recuperación. Es por ello que la realización de una consulta preanestésica juega un rol importante a la hora de pesquisar signos y síntomas sugestivos de la existencia de ansiedad en un individuo en el preoperatorio, pero para ello es importante un detallado informe verbal, valorar conductas y síntomas somáticos de la ansiedad. **(52)**

Los anestesiólogos tienen una percepción variable acerca de la ansiedad de los pacientes. Existe controversia sobre la capacidad de los anestesiólogos para evaluar y predecir la ansiedad de los pacientes antes de la cirugía. Badner et al. informaron que los anestesiólogos suelen ser inexactos en la evaluación de la ansiedad de los pacientes y que por lo general tienden a subestimarla. (53) Es por eso que el anestesiólogo tiene que utilizar medidas indirectas que le permitan valorar si el paciente se encuentra ansioso, tales como el aumento en la actividad cardiovascular (taquicardia, hipertensión, arritmias), aumento en el consumo de oxígeno con vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos, reducción de las funciones digestivas, dilatación de las pupilas, aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas, piloerección, aumento en las secreciones pulmonares, cambios bioquímicos y alteraciones de coagulación de la sangre. Otros datos clínicos que indican una ansiedad extrema son temblor, pulso batiente, sudoración de palmas, sensación de “mariposas” aleteando en el abdomen, constricción faríngea, semblante atento y boca seca. Aunque en la práctica clínica se recomienda el uso de medidas más objetivas de ansiedad como son las escalas. (48)

La relación médico paciente es muy importante durante todo el proceso anestésico y quirúrgico ya que una buena relación tiene muchos efectos positivos en la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, los resultados de salud, y la sensación de bienestar. Sin embargo, es difícil lograr una buena relación anestesiólogo paciente, porque los anestesiólogos tienen menos contacto con los pacientes que los cirujanos. La mayoría de los residentes de anestesiología están todavía sin experiencia en su trabajo, recibieron poca formación sobre comunicación médico paciente, y pueden

carecer de las habilidades necesarias para hacer frente eficazmente a las inquietudes de los pacientes.

Kim, et al. en 2012 determinaron en su estudio que una consulta preanestésica promedio tiene una duración total de 184 segundos con distribuciones del tiempo para el contenido de la consulta de 8 segundos para el saludo, 45 segundos de historia clínica, 15 segundos de exploración física, 50 segundos para el consentimiento informado, 20 para la explicación y para la planificación anestésica, 15 para la explicación de analgesia controlada, y para preguntas y respuestas. La visita tomó más tiempo para completarse en los pacientes de mayor edad, mayor ASA y con niveles educativos más bajos. Todo indica que no se destina el tiempo suficiente para realizar una detallada visita preanestésica y mucho menos para establecer una adecuada relación médico paciente. (49)

3. CUIDADOS POSTANESTÉSICOS

Los cuidados postanestésicos se podrían definir como aquellas actividades comprometidas a garantizar la seguridad del paciente una vez finalizados los procedimientos quirúrgico y anestésico. Incluyen la profilaxis, la identificación y el tratamiento de complicaciones inmediatas derivadas de ambos procedimientos. Todas estas actividades deberán realizarse en unidades especializadas, cuya complejidad y funcionamiento se adaptarán al tipo de cirugía, procedimiento anestésico, comorbilidad asociada del paciente, así como a las características estructurales y organizativas de cada centro. (54)

La Unidad de Recuperación Postanestésica está dotada y diseñada para monitorizar y cuidar pacientes que se están recuperando de los efectos fisiológicos de la anestesia y de la cirugía. Además esta unidad está equipada para la reanimación de pacientes inestables y cuenta con el equipo necesario para proporcionar un ambiente tranquilo para la recuperación y comodidad del paciente. Su ubicación muy cerca de los quirófanos facilita que el paciente sea rápidamente atendido por el médico en caso necesario. En esta área, enfermeras especialmente formadas pueden reconocer de forma precoz las complicaciones postoperatorias.

El ASA (American Society of Anesthesiologists) establece unos cuidados mínimos necesarios para los cuidados postanestésicos:

- Todos los pacientes que hayan recibido anestesia general, regional o cualquier tipo de anestesia monitorizada deben recibir un tratamiento postanestésico apropiado.
- El paciente que es trasladado a la Unidad de Recuperación Postanestésica debe ir acompañado por un miembro del equipo anestésico que conozca el estado de dicho paciente. El paciente debe ser evaluado y tratado de manera continuada durante su traslado mediante la monitorización y el soporte apropiados a su estado.
- Una vez que ha llegado a la Unidad de Recuperación Postanestésica, el paciente debe ser reevaluado y el miembro del equipo de anestesia que le ha acompañado debe comunicar verbalmente a la enfermera responsable de la Unidad de Recuperación Postanestésica los datos más relevantes del mismo.
- El estado del paciente debe ser evaluado de forma continuada en la Unidad de Recuperación Postanestésica. El paciente ha de ser observado y monitorizado con métodos apropiados a su estado clínico. Se presta especial atención a la monitorización

de la oxigenación, ventilación, circulación, nivel de conciencia, y temperatura. Además, si es necesario, debe darse tratamiento antiemético y analgésico.

- La responsabilidad de dar de alta a un paciente de la Unidad de Recuperación Postanestésica recae en un médico. (55)

3.1 Fases de la recuperación postanestésica

La recuperación postanestésica del paciente la podemos dividir en tres fases: temprana, intermedia y tardía.

- Recuperación inmediata

Corresponde al periodo comprendido entre la culminación de la anestesia o sedación profunda y la llegada a la sala de recuperación postanestésica, así como los primeros minutos en los que el paciente permanece bajo una monitorización estricta y recupera los reflejos protectores (tragar o tos) .

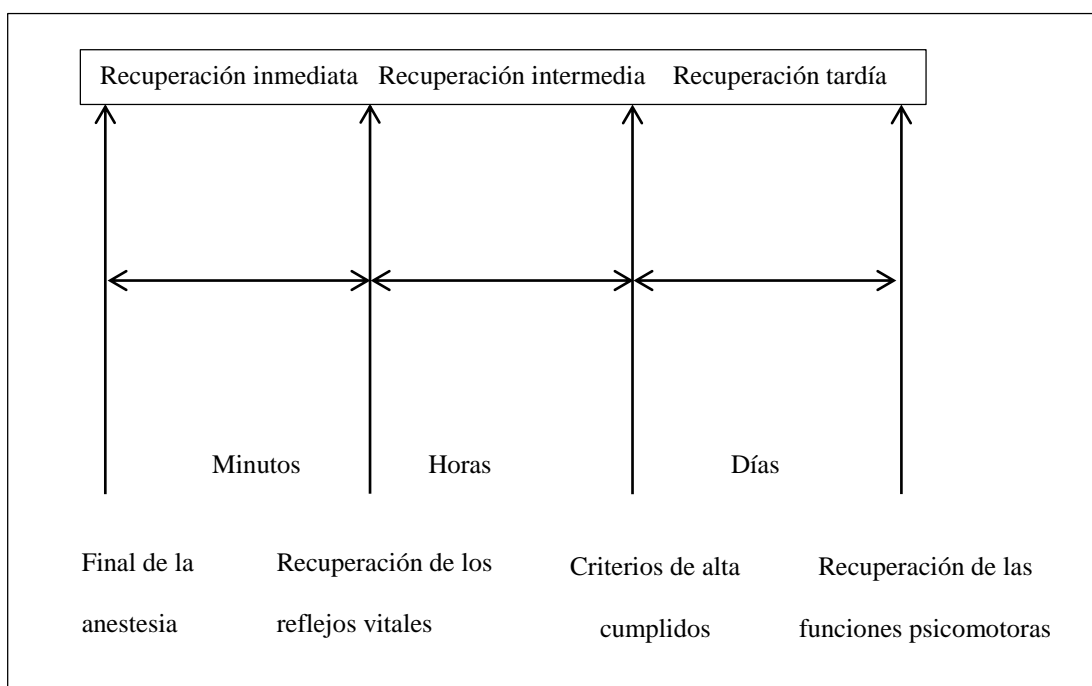
- Recuperación intermedia

Comprende las primeras horas en las que el paciente continua bajo monitorización hasta alcanzar el nivel de recuperación suficiente para ser dado de alta de la Unidad de Cuidados Postanestésicos y ser trasladado hacia la sala de hospitalización o a su domicilio, si su condición lo permite.

- Recuperación tardía

Esta fase tiene como finalidad lograr la recuperación de las funciones psicomotoras del paciente. Su duración es variable, días a semanas, en función del tipo de cirugía y la comorbilidad del paciente. (56)

Gráfico1. Fases de la recuperación postanestésica



Fuente: J. Viñoles, P. Argente. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. Cir May Amb. 2013; 18 (3): 125-132

4. COMPLICACIONES POSTANESTÉSICAS

El estudio realizado por Hines mostró que las complicaciones postanestésicas eran del 23.7%. Los eventos encontrados con mayor frecuencia fueron náusea y vómito (9.8%), necesidad de soporte de la vía aérea (6.9%) e hipotensión que requiere tratamiento (2.7%). A pesar de que existe una incidencia significativa de náuseas y vómitos en la

Unidad de Recuperación Postanestésica, los efectos adversos más serios se correlacionaron con el compromiso cardiovascular y respiratorio. Dentro de los factores asociados a mayores posibilidades de complicación están el estado físico del paciente (ASA), duración de la anestesia (2 a 4 h) y tipo de cirugía (ortopédica o abdominal). (57)

- Complicaciones respiratorias

Las principales complicaciones respiratorias corresponden a la obstrucción de la vía aérea, hipoxemia e hipoventilación. Rose, en su estudio sobre pacientes sometidos a anestesia general, encontró que el riesgo de un evento respiratorio crítico era del 1.3%: obstrucción de la vía aérea el 0.2 %, hipoventilación el 0.2 % e hipoxemia 0.9%. Los factores que aumentan el riesgo de un evento respiratorio crítico son: edad, obesidad, duración de la cirugía y uso de opioides.

La principal causa de obstrucción de la vía aérea es la pérdida del tono muscular orofaríngeo en un paciente sedado. Los efectos persistentes de los anestésicos inhalados o intravenosos, los bloqueantes neuromusculares y los opioides contribuyen a la pérdida del tono muscular en los pacientes ingresados a la Unidad de Recuperación Postanestésica. (57)

La hipoxemia es una de las complicaciones más temidas en el postoperatorio, es probable que sea el mecanismo más común responsable de la aparición de resultados adversos en el período postoperatorio. La monitorización de la oximetría de pulso permite un diagnóstico y tratamiento temprano de la hipoxemia pese a que no hay evidencia científica suficiente para demostrar que su uso disminuya el porcentaje de

complicaciones cardiorrespiratorias. En la práctica clínica suele administrarse de forma rutinaria oxígeno a todos los pacientes en el postoperatorio, con el objetivo de proveer una mejor recuperación, sin embargo hay publicaciones que sugieren que el oxígeno administrado de forma indiscriminada reduce la posibilidad de diagnosticar y tratar eficazmente los episodios de hipoxemia detectados por pulsioximetría. Durante la fase de recuperación se debe evaluar cuidadosamente la vía aérea, el patrón respiratorio (frecuencia respiratoria y expansión torácica) y la oximetría de pulso (recomendación tipo A). La administración complementaria de oxígeno debe ser proporcionada a los pacientes que tienden a la desaturación (recomendación tipo A).

(58)

- Complicaciones circulatorias

El trabajo de Rose encontró uno o más alteraciones cardiovasculares representando el 7.2% del total de pacientes admitidos en la sala de recuperación, de ellos el 2,2% fueron por hipotensión, 2% por hipertensión, 0.9% por taquicardia y 2,5% debido a bradicardia. La hipertensión y taquicardia se asociaron a un mayor ingreso no planificado a la Unidad de Cuidados Críticos y a una mayor mortalidad.

Se produce hipotensión en un paciente cuando sus valores basales de presión arterial disminuyen en el 30 %. Una presión arterial media menor de 60 mmHg no es aceptable en adultos. Puede ser causada por alteraciones de la contractilidad (efecto residual de la anestesia, patología previa o isquemia perioperatoria), por disminución de la resistencia vascular sistémica (sepsis, reacción alérgica) o disminución de la precarga. La hipovolemia es la causa más común de hipotensión en el postoperatorio inmediato.

La hipertensión postoperatoria suele aparecer aproximadamente a los 30 minutos y generalmente es secundaria a dolor, agitación o por activación simpática secundaria a hipoxemia, hipercapnia, hipotermia o acidosis metabólica. Su presencia puede favorecer hemorragias, insuficiencia cardíaca o isquemia miocárdica. **(57)**

- Náusea y vómito

Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que reciben anestesia inhalatoria desarrollarán náuseas y vómitos postoperatorios, con un rango que oscila entre el 10% y el 80%. Se han identificado cuatro factores de riesgo a considerar en pacientes que reciben anestesia: sexo femenino, no fumador, historia de náusea o vómito postoperatorio y uso de opioides.

Las consecuencias de las náuseas y vómitos postoperatorios incluyen retardo del alta en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, ingreso hospitalario imprevisto, aumento del riesgo de aspiración pulmonar y un importante malestar postoperatorio. **(55)**

- Dolor

El dolor postoperatorio es una de las complicaciones más frecuentes después de la cirugía. Según diferentes estudios, el 30 al 40 % de los pacientes dados de alta en una Unidad de Cuidados Postanestésicos presentan dolor de moderado a severo las primeras 24 horas del periodo postoperatorio y un 20% refieren problemas de sueño durante la primera noche debido a dolor severo. Esta incidencia disminuye durante los días siguientes, pero se mantiene en torno al 20% a las 48 horas y al 10% a los 7 días. Por lo tanto, es un problema de considerable incidencia desde el postoperatorio inmediato hasta la recuperación tardía. **(59)**

Identificar los factores predisponentes del dolor nos permitirá predecir que pacientes tienen mayor probabilidad de presentarlo en su recuperación postoperatoria y anticiparnos en su tratamiento. En múltiples trabajos, se ha relacionado el dolor con diversos factores:

- a. Derivados del propio paciente: factores emocionales (ansiedad), físicos (índice de masa corporal) y psicológicos, características de la personalidad y factores culturales (la escasa información y preparación del paciente), así como por la experiencia previa del paciente con el dolor. La edad y el sexo no parecen ser factores determinantes en la percepción del dolor postoperatorio.
- b. Relacionados con el tipo de cirugía: influye la localización, naturaleza y duración de la intervención (urología la más dolorosa seguida de la cirugía general, traumatología, neurocirugía, ginecología, cirugía plástica y oftalmología).
- c. Relacionados con la técnica anestésica: tanto el periodo preoperatorio (premedicación para disminuir el nivel de ansiedad) como el intraoperatorio (manejo anestésico analgésico multimodal) y el postoperatorio (fármacos analgésicos efectivos y de larga duración) van a influir en la prevalencia e intensidad del dolor.
- d. Relacionados con la recuperación postanestésica: la presencia de dolor en dicha unidad predispone la aparición de dolor en el domicilio del paciente. **(58)**

Un dolor postoperatorio mal controlado tiene serias consecuencias en el aumento de la morbilidad psicológica y fisiológica, el aumento de la estancia hospitalaria, y hasta la aparición del dolor crónico y calidad de vida reducida. El tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio agudo puede aumentar en gran medida los costos con un uso indebido de los recursos sanitarios. En su lugar, la optimización de la atención

preoperatoria puede dar lugar a importantes ventajas en términos de recuperación postanestésica.

Según la definición de diversas directrices sobre el tema, comenzando con los elaborados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud (JCAHO), en todo protocolo de tratamiento quirúrgico se debe incluir el apropiado manejo del dolor agudo postoperatorio y en paralelo se debe utilizar los medios adecuados para medir el dolor de una manera objetiva, como la escala visual análoga. En el caso de pacientes que no pueden expresarse podrán adoptarse escalas de analgesia conductual. **(60)**

- Alteraciones de la conciencia

El retraso en el despertar de la anestesia es una complicación relativamente frecuente, observada en el periodo postanestésico inmediato, de origen multifactorial. Tras un procedimiento quirúrgico anestésico prolongado debe producirse una respuesta a estímulos a los 60 a 90 minutos. El despertar prolongado se relaciona con la incapacidad de recuperar el paciente las funciones corticales mediadas por el sistema reticular activador ascendente, debido a una acción prolongada del fármaco anestésico.

Puede haber factores preoperatorios asociados como la ingesta de alcohol, drogas ilícitas o algún otro tipo de medicamento, pero lo más frecuente es el efecto residual de la anestesia y los opioides. Otros factores asociados pueden ser la hipotermia o alteraciones metabólicas como la hipo o la hiperglicemia, encefalopatía metabólica o la presencia de lesión neurológica por presión intracraneal elevada. **(57)**

- Complicaciones neuromusculares

Se denomina parálisis residual postanestésica a la condición clínica determinada por la persistencia del efecto producido por los agentes bloqueadores neuromusculares no despolarizantes al final del procedimiento anestésico y durante el período de recuperación. La parálisis residual postanestésica está asociada a una gran morbilidad y su incidencia después de la anestesia ha sido evaluada por diferentes autores con amplia variación de resultados (0 a 93%). La incidencia se correlaciona con la duración clínica del agente bloqueador utilizado; a mayor duración de acción, mayor es la incidencia del fenómeno de parálisis. El impacto de la parálisis residual neuromuscular después de la cirugía ha sido poco estudiado; sin embargo, diversos estudios sugieren que los efectos residuales afectan negativamente la función respiratoria, deterioran los reflejos protectores de las vías respiratorias y producen síntomas desagradables por la debilidad muscular. (61)

5. ESCALAS DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y POSTANESTÉSICA

5.1 Escala APAIS

El cuestionario de referencia para ansiedad es el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo De Spielberger (STAI) pero es demasiado complejo para ser utilizado rutinariamente por lo cual se han propuesto otras pruebas algunas de las cuales han sido establecidas específicamente para la anestesia, una de las más utilizadas es la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Los resultados de esta prueba simple concuerdan bastante bien con los de una puntuación validada como la de Spielberger; es por eso que la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de

Ámsterdam se puede utilizar en la práctica clínica y para los propósitos de investigación. **(62)**

La escala de Ámsterdam fue desarrollada por Moerman et al. en 1996. Escrito originalmente en holandés, el cuestionario ha sido traducido a otros diferentes idiomas como el inglés, japonés, francés, y alemán con fiabilidad y validez consistente. **(63)** Esta escala tiene una serie de fortalezas importantes como una buena fiabilidad interna y su brevedad que permite una valoración rápida. Se ha encontrado que tiene una estructura simple de dos subescalas; la primera que valora la ansiedad relacionada con la anestesia y la intervención (cuatro ítems) y la segunda que trata de la demanda de información sobre la anestesia y la intervención quirúrgica (dos ítems). En total la escala APAIS contiene 6 ítems, a los que el paciente debe responder por separado. Cada ítem tiene un rango de valoración que va desde uno, que significa “absolutamente no”, hasta cinco con el significado de “demasiado”.

La escala de APAIS muestra moderada a buena sensibilidad (53 al 75%) y especificidad fuerte (79 al 97%) para la ansiedad clínicamente significativa. Es un instrumento sencillo y fiable que puede convertirse en una herramienta estándar para evaluar la ansiedad preoperatoria en todo el mundo. **(64)**

***Tabla 2.** Características de la Escala de Ansiedad (APAIS) en diferentes puntos de corte con una puntuación de 46 en el STAI como punto de referencia*

Punto de corte en la escala de ansiedad

	10	11	12	13
Sensibilidad	75.0%	70.3%	59.4%	53.1%
Especificidad	78.7%	86.8%	90.4%	97.1%
Valor predictivo positivo	62.3%	71.4%	74.5%	89.5%

Fuente: Moerman et al. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale APAIS). Anesth Analg. 1996; 82: 445-451

De acuerdo con una comparación con el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) como patrón de oro, está claro que el punto de corte de 11 produce un buen valor profético con un equilibrio aceptable entre los pacientes falsos positivos y falsos negativos. Un punto de corte de 10 daría lugar a un valor profético más bajo y a un número más alto de los pacientes falsos positivos que el punto de corte de 11 (14.5% contra el 9%). En cambio con valores mayores a 11 el valor profético aumenta pero debido al porcentaje más alto de la especificidad el número de los pacientes falsos negativos también aumenta. Es por eso que para la práctica clínica se recomienda que los pacientes con una puntuación en la escala de ansiedad >11, se deben considerar como los casos de ansiedad. **(62)**

Los pacientes con una puntuación de 2 a 4 en la escala de necesidad de información pueden ser clasificados como necesidad de información poco exigente, los pacientes con una puntuación de 5 a 7 pueden ser clasificados como requisito de información

promedio y aquellos con una puntuación de 8 a 10 como alta demanda de información.

(65)

5.2 Escala White y Song

Los criterios de Aldrete modificados han sido el método tradicional de evaluación de los pacientes para dar el alta desde la Sala de Cuidados Postanestésico hacia la sala de hospitalización. Recientemente, White y Song proponen un sistema de puntuación que incorpora no sólo los criterios de Aldrete modificados, que son el nivel de la conciencia, la actividad física, estabilidad hemodinámica, estabilidad respiratoria, la saturación de oxígeno sino también una evaluación del dolor y náusea, siendo ambos síntomas muy frecuentes en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. (56)(66)(67)

Con el advenimiento de la anestesia por vía rápida (haciendo referencia al uso de anestésicos de acción corta en procedimiento de poca complejidad) la eliminación de la tradicional estancia en la sala de recuperación se ha convertido en algo posible. Se necesita una herramienta de evaluación eficiente para permitir una rápida decisión en cuanto a si un paciente es capaz de avanzar a la fase II de recuperación y no requiera de la fase I, eludiendo así de los cuidados de enfermería en la sala de recuperación.

(68)

Song. et al realizaron un estudio aleatorizado prospectivo con doscientos siete pacientes de edades comprendidas entre 18 a 65 años, ASA I y II, sometidos a procedimientos cirugía menor (artroscopia, histeroscopia y laparoscopia diagnóstica) en virtud de la técnica anestésica estándar. Se asignó a los pacientes al azar en 2 grupos; grupo cuya recuperación se hizo en la Unidad de Cuidados Postanestésicos y

el grupo que no pasó por dicha unidad. El no pasar por la primera etapa de recuperación fue determinada por los criterios de White. El grupo que no pasó a través de la Unidad de Cuidados Postanestésicos no evidenció más complicaciones postoperatorias. **(66).**

La escala de White Song, también conocida como “Fast tracking” o escala de vía rápida se diferencia de otras escalas en que la evaluación no se realiza por el personal de enfermería sino más bien por el anestesiólogo, quien juzga la idoneidad para el seguimiento rápido antes de salir de la sala de operaciones. Hay que mencionar que, si bien la escala de White Song es utilizada en técnicas de anestesia por vía rápida; es también conveniente su uso en cualquier paciente en la Unidad de Cuidado Postanestésicos independientemente de la técnica de anestesia utilizada. **(68)**

Esta escala consta de siete ítems mencionados previamente, para los cuales se utilizan valores que van del cero al dos con un puntaje máximo total de catorce. Para determinar una recuperación rápida es necesario una puntuación total mínima de doce y que ningún parámetro de evaluación tenga una puntuación menor a uno. **(56)**

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

Dada la alta prevalencia de ansiedad preoperatoria registrada a nivel internacional, 60 al 80%, su posible repercusión en la recuperación postanestésica inmediata y en función de no contar con datos estadísticos propios, consideramos necesario abordar este tópico en nuestro medio.

La consulta preanestésica es un área de fácil intervención tomando en cuenta que sus resultados dependen en gran parte de una buena relación médico paciente, permitiendo pesquisar sujetos vulnerables a manejar niveles de ansiedad significativos lo cual se traduciría en mayor probabilidad de presentar complicaciones postanestésicas como alteraciones de la conciencia, inestabilidad hemodinámica, dolor, disminución de la fuerza motora, dificultad para mantener autonomía respiratoria y síntomas eméticos, lo que nos llevaría al empleo de mayores dosis de fármacos, prolongación de la estancia hospitalaria y por ende mayores costos económicos.

Tomando en cuenta estas repercusiones consideramos que nuestro estudio beneficiaría no sólo la calidad de atención del paciente, sino al personal de salud y a las instituciones médicas.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Los altos niveles de ansiedad preoperatoria influyen negativamente en la recuperación postanestésica inmediata?

¿Los pacientes con mayor necesidad de información son aquellos que presentan niveles más altos de ansiedad en el periodo preoperatorio?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la influencia de los niveles de ansiedad durante el preoperatorio en la recuperación postanestésica inmediata en pacientes de 18 a 65 años con ASA I, II y III que serán sometidos a cirugía programada en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el periodo de julio a septiembre del 2015.

2.2 Objetivos específicos:

- Evaluar los niveles de ansiedad en el preoperatorio en el grupo poblacional de estudio.
- Comprobar si los factores sociodemográficos edad, sexo, nivel de escolaridad, cirugía previa y tipo de anestesia se relacionan con la ansiedad preoperatoria.
- Demostrar si la necesidad de información de los pacientes influye en la ansiedad durante el periodo preoperatorio.
- Valorar la recuperación postanestésica inmediata en pacientes del grupo de estudio.

3. HIPÓTESIS

Los pacientes con altos niveles de ansiedad preoperatoria presentan mayores complicaciones durante la recuperación postanestésica inmediata.

4. DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo transversal.

5. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se trabajará con el universo de pacientes programados para cirugía electiva de cualquier especialidad en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo entre los meses de julio a septiembre del 2015.

6. MUESTRA

Se utilizó muestreo aleatorio simple. Se calculó la muestra con un estimado de 200 pacientes y un nivel de confianza del 90 % con lo cual se obtuvo una muestra de 154 personas.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes entre el rango de edad de 18 – 65 años
- Pacientes programados para cirugía electiva
- Pacientes con ASA I, II y III
- Pacientes sometidos a anestesia general o raquídea
- Paciente que den su consentimiento para participar en el estudio

7.2 Criterios de exclusión

- Pacientes sometidos a cirugía de emergencia
- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes en aislamiento
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

8. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

- Variable independiente: Nivel de ansiedad en el preoperatorio
- Variable dependiente: Complicaciones durante la recuperación postanestésica inmediata

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	18-40	Nominal
			41-65	
Sexo	Caracteres genéticos y morfológicos	Cualitativa	Hombre	Nominal
	funcionales que distinguen a los hombres de las mujeres.		Mujer	
Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a cualquier centro de enseñanza. Se mide en función de los años aprobados.	Cualitativa	Primaria	Ordinal
			Secundaria	
			Superior	

Cirugía previa	Cualquier antecedente de práctica que implique manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnostico terapéutico o pronóstico realizado bajo anestesia.	Cualitativa	Si No	Nominal
ASA	Clasificación del estado físico del paciente según la Sociedad Americana de Anestesiología.	Cualitativa	ASA I ASA II ASA III	Nominal
Tipo de anestesia	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o en una parte de su cuerpo y sea con o sin compromiso de la conciencia.	Cualitativa	General Raquídea	Nominal
Ansiedad	Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero	Cualitativa	Usando la escala APAIS: Baja ansiedad Alta ansiedad	Nominal

	manifestándose a través de cambios corporales o fisiológicos.			
Necesidad de información	Deseo del paciente de conocer todo lo relacionado con el acto operatorio y anestésico al que va a ser sometido y sus complicaciones.	Cualitativa	Mediante la escala APAIS: Poca necesidad de información Moderada necesidad de información Alta necesidad de información	Nominal
Recuperación postanestésica inmediata	Es la etapa o periodo postquirúrgico en la que se proporciona la atención al paciente incluyendo una valoración integral y vigilancia continua en la sala de recuperación con el propósito de identificar potenciales complicaciones y su tratamiento oportuno.	Cualitativa	Utilizando la escala White y Song: Buena recuperación Mala recuperación	Nominal

10. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante los meses de julio a septiembre del 2015 en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se aplicó la Escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Amsterdam (disponible en el ANEXO 2) a todos los pacientes sometidos a cirugía electiva de cualquier especialidad que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados por uno de los investigadores el día previo a la intervención quirúrgica.

Se procedió a dar seguimiento a los mismos pacientes durante su estancia en la Unidad de Cuidados Postanésticos, tiempo durante el cual se aplicó la Escala de White y Song (disponible en el ANEXO 3), la misma que fue realizada por un investigador diferente, para valorar la recuperación postanestésica inmediata.

Los resultados no fueron analizados sino hasta completar el número total de la muestra.

11. TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Las fichas fueron leídas en la base de datos obtenida en Microsoft Office Excel 2010 (disponible en el Anexo 4), posteriormente fueron transformadas y procesadas en el paquete estadístico SPSS 22.0.

El plan de análisis consistió en la descripción estadística de cada una de las variables de estudio, cuyos valores se expresaron en tablas de frecuencia y de porcentaje.

Análisis descriptivo de todas las variables se llevó a cabo a través de la determinación de proporciones de las variables sociodemográficas. Se aplicó la prueba chi cuadrado para determinar la asociación entre las diferentes variables con el nivel de ansiedad. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 95% ($p < 0.05$). Además se calculó el Odds Ratio para verificar dichas asociaciones.

12. ASPECTOS BIOÉTICOS

Previo a la aplicación de las escalas los pacientes aprobaron su participación voluntaria a través de un consentimiento informado, el cual explica brevemente la finalidad del estudio y garantiza la confidencialidad de la información (Disponible en el ANEXO 5).

CAPÍTULO V

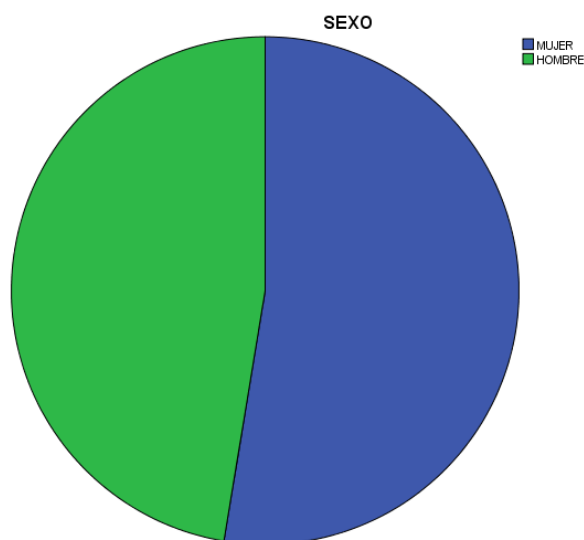
RESULTADOS

Del periodo comprendido entre los meses de julio a septiembre del 2015, y una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 154 pacientes programados para cirugía electiva.

Sexo

Nuestra población de estudio se conformó en su mayoría por el género femenino, sin embargo la diferencia fue pequeña, la población femenina excedió a la población masculina con un 5% aproximadamente. Como se observa en el Gráfico 2.

Gráfico2. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015 según el sexo



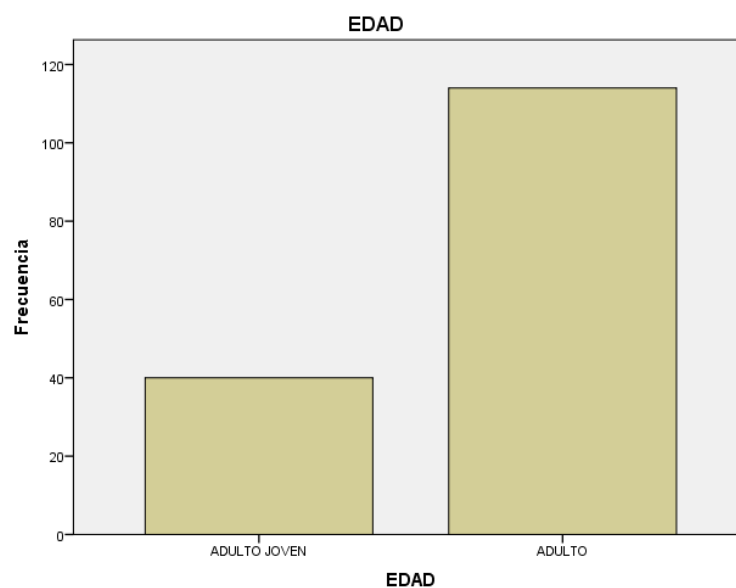
La población de investigación se conformó por 81 mujeres (52,6%) y 73 hombres (47,4%).

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Edad

Se incluyó una población con edades de 18 a 65 años, excluyendo niños y adultos mayores. Se dividió a la población en dos grupos: El grupo “Adulto joven” (de 18 a 40 años) y el grupo etario “Adulto” (de 41 a 65 años). El grupo etario predominante de la población en cuestión fue el grupo Adulto como se puede apreciar en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la edad



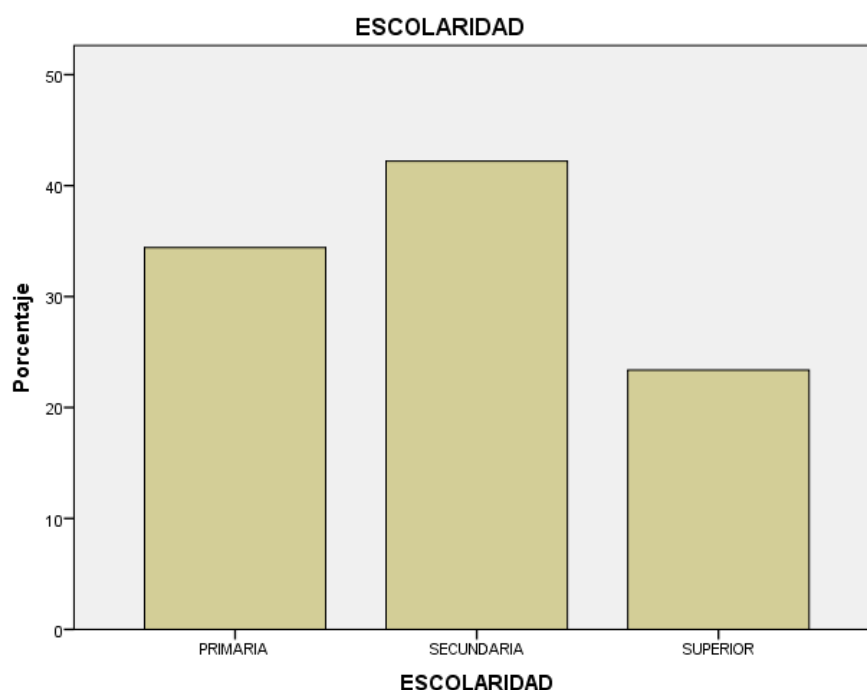
El grupo poblacional “Adulto joven” se constituyó de 40 personas (26%). El grupo etario “Adulto” se conformó por 114 personas (74%).

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Escolaridad

Se distribuyó a los pacientes en función del nivel de instrucción académica. Se obtuvo así tres grupos poblacionales: primaria, secundaria y superior. Prevalciendo el grupo con instrucción secundaria (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según nivel de instrucción



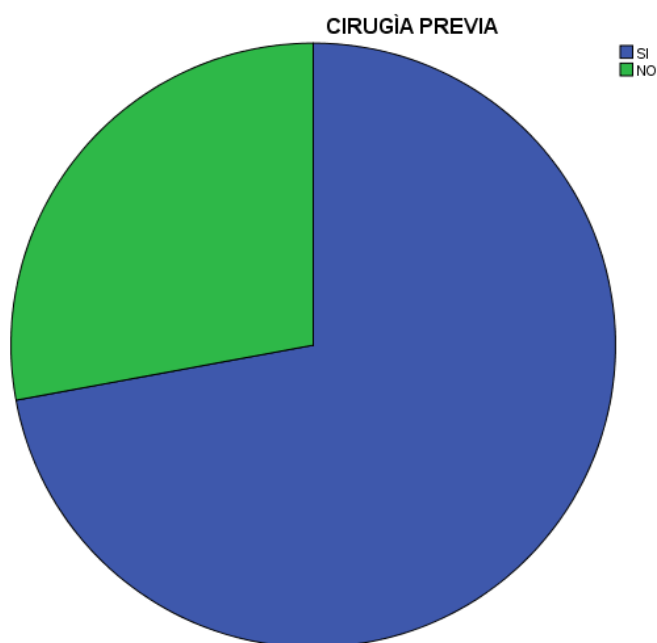
Los grupos en función del nivel de instrucción primaria, secundaria o superior se conformaron por 53 personas (34, 4%), 65 personas (42, 2%) y 36 personas (23, 4%), respectivamente.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Cirugía Previa

A los pacientes en cuestión se les preguntó si presentaban antecedentes anestésicos y/o quirúrgicos. Clasificándolos en aquellos pacientes que referían algún antecedente y aquellos que no lo hacían. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según cirugía previa



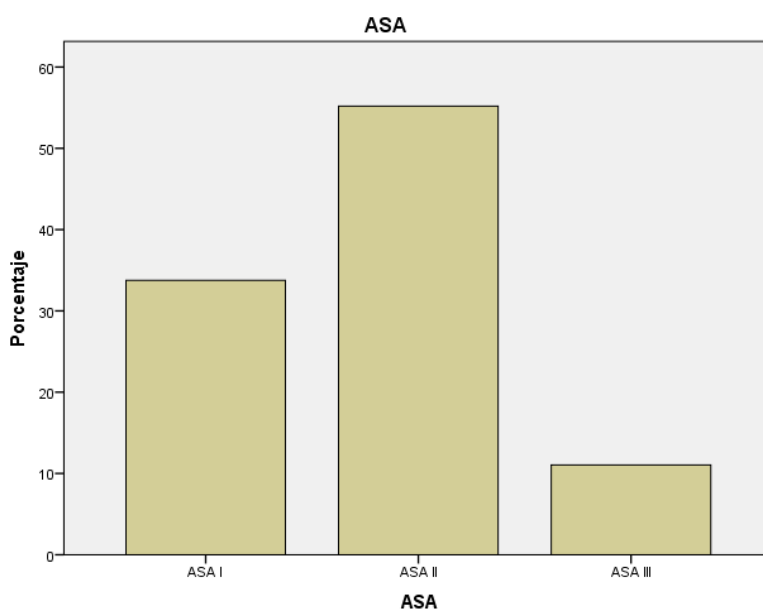
Se observó que 111 pacientes (72,1%) refirieron un procedimiento quirúrgico previo, mientras que 43 pacientes (27,9%) lo negaron.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Condición física ASA

Según la distribución de los pacientes de acuerdo al ASA estimada por el anestesiólogo en el chequeo preanestésico, se asignaron tres grupos: ASA I para los pacientes sanos, ASA II para los pacientes con enfermedad sistémica moderada y ASA III para aquellos con una enfermedad sistémica grave.(Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el ASA



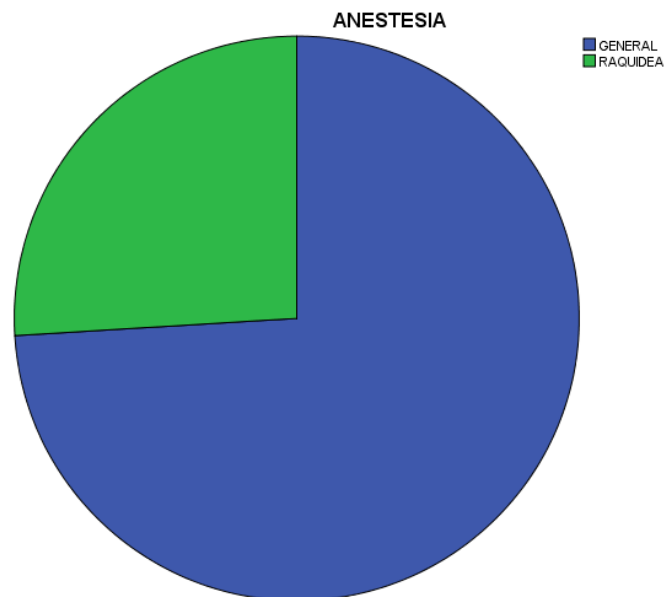
Se evidenció que 52 pacientes (33,8%) fueron ASA I, 85 pacientes (55,2%) fueron ASA II y 17 pacientes (11%) fueron ASA III. Siendo mayoritario el grupo poblacional con ASA II.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Tipo de Anestesia

De acuerdo a la anestesia empleada, se dividió en dos grupos: anestesia general y anestesia raquídea. Al parecer los anestesiólogos de la institución aplican anestesia general con mayor frecuencia a los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva. Como se observa en el Gráfico 7.

Gráfico 7. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el tipo de anestesia



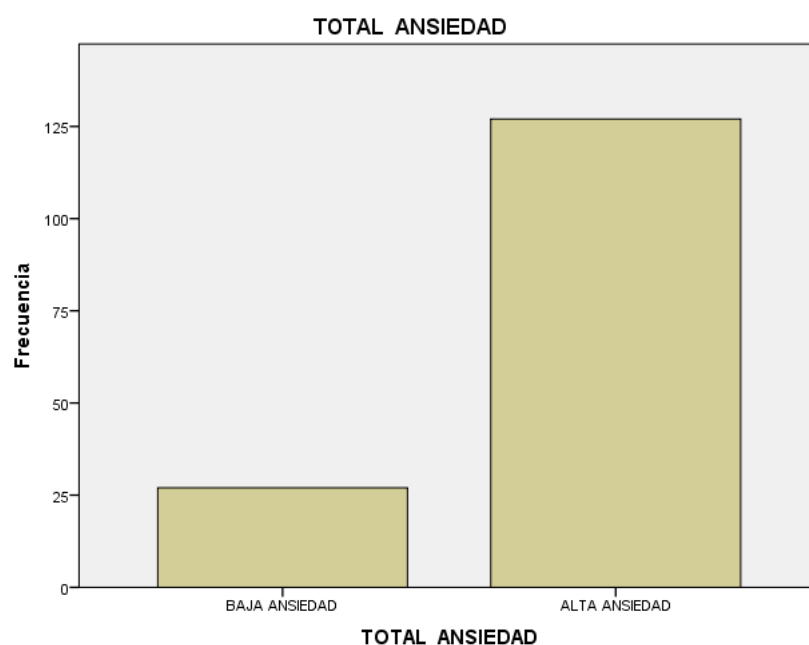
Se aprecia que 114 pacientes (74%) recibieron anestesia general y 40 pacientes (26%) anestesia raquídea.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Nivel de Ansiedad

Uno de los objetivos de nuestro estudio fue dar a conocer el nivel de ansiedad en el preoperatorio de los pacientes que se someterán a una intervención quirúrgica electiva. Se evidenció que la mayoría de la población presentó un alto nivel de ansiedad en comparación con el grupo con un bajo nivel de ansiedad (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según el nivel de ansiedad



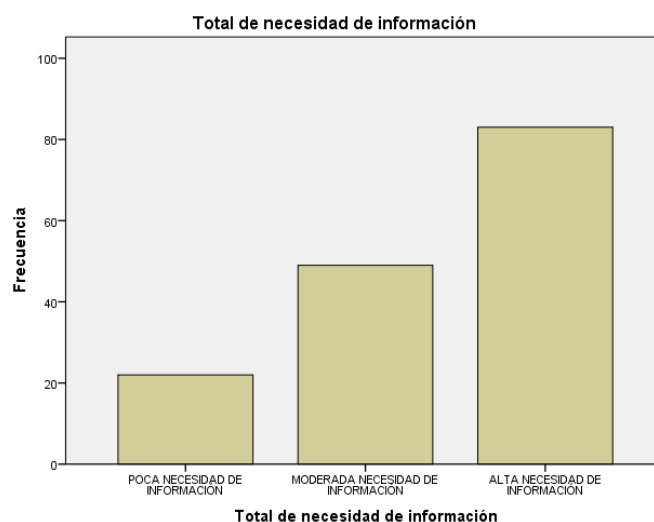
Del total de pacientes, 127 personas (82,5%) presentaron alta ansiedad preoperatoria mientras que 27 personas (17,5%) tuvieron baja ansiedad preoperatoria.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Necesidad de Información

Los pacientes con una puntuación de 2 a 4 en la escala de necesidad de información fueron clasificados como necesidad de información poco exigente, los pacientes con una puntuación de 5 a 7 como requisito de información promedio y aquellos con una puntuación de 8 a 10 como aquellos con alta demanda de información. El grupo poblacional que más sobresalió fue el de alta necesidad de información a diferencia de los que presentaron poca y moderada necesidad de información, (Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la necesidad de información



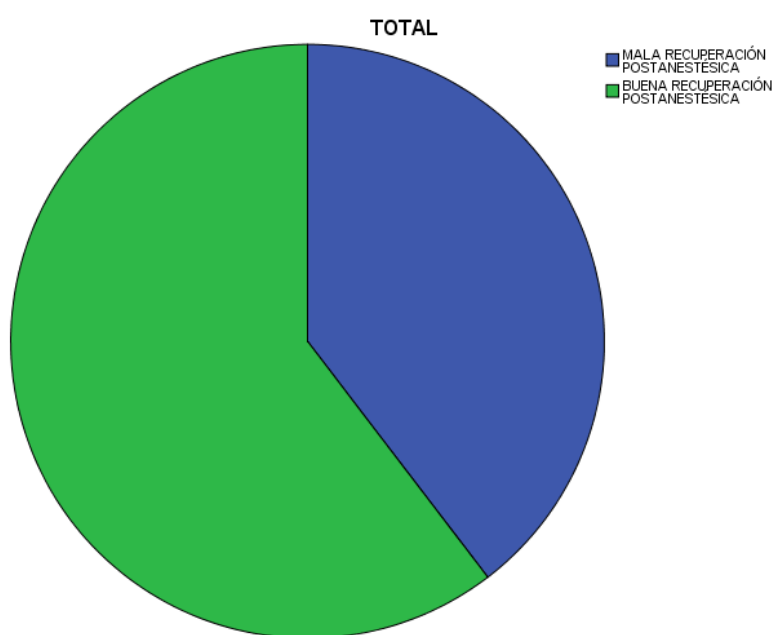
Dentro de la población de estudio, 83 pacientes (53,9%) presentaron alta necesidad de información, 22 pacientes (14,3%) moderada necesidad y finalmente 49 pacientes (31,8%) poca necesidad de información.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Recuperación Postanestésica

Con la aplicación de la Escala de White y Song se pudo apreciar que la mayor parte de pacientes presentó una buena recuperación postanestésica como se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfico 10. Distribución de pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015, según la recuperación postanestésica



Los pacientes que mostraron una buena recuperación postanestésica sumaron un total de 93 personas (60,4%), mientras que 61 (39,6%) pacientes presentaron mala recuperación postanestésica.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Relación entre el nivel de ansiedad y las variables sociodemográficas

Se realizó la determinación de la relación entre el nivel de ansiedad con las diferentes variables sociodemográficas y se encontró que únicamente la edad de los pacientes tuvo una relación estadísticamente significativa con un Odds Ratio 1,46, con un IC del 95% entre 1,297 y 1,642. (Tabla3)

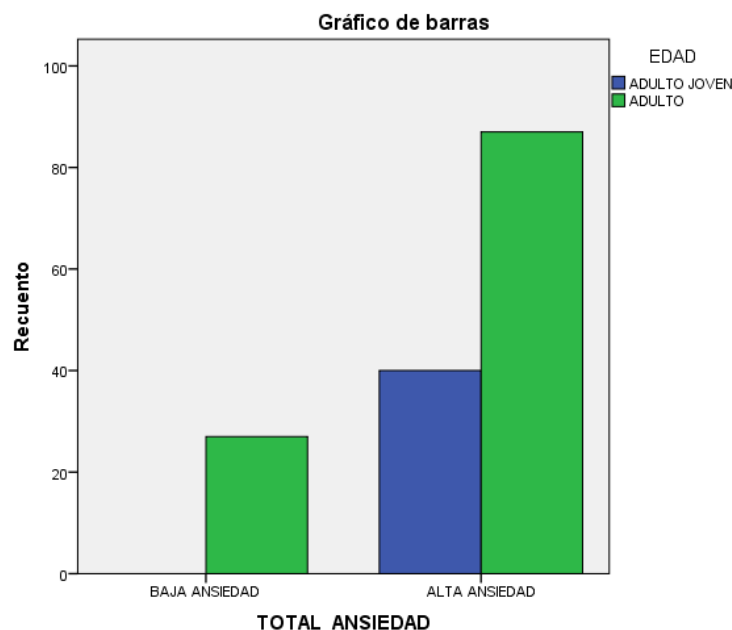
Tabla 3. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la edad de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.

	Adulto joven	Adulto	Total	Chi ²	p
Baja ansiedad	0	27	27	11,488	0,001
Alta ansiedad	40	87	127		
Total	40	114	154		

Relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad preoperatorio y la edad de los pacientes programados para cirugía electiva. (p= 0.001).

Fuente: Escala realizada en Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Gráfico 11. Relación entre nivel de ansiedad preoperatoria y la edad de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

En nuestra población se encontró que a mayor edad del paciente mayor es el nivel de ansiedad preoperatoria.

El sexo, el nivel de instrucción, los antecedentes quirúrgicos, tipo de anestesia y el estado ASA parecen no influir en el nivel de ansiedad del grupo poblacional de nuestro estudio ya que no hubo significancia estadística y la relación encontrada se debe al azar.

Al comparar los hallazgos entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información de los pacientes se demostró que los pacientes con alta demanda de información son los que presentan altos niveles de ansiedad en el preoperatorio (Tabla 4) (Gráfico 12).

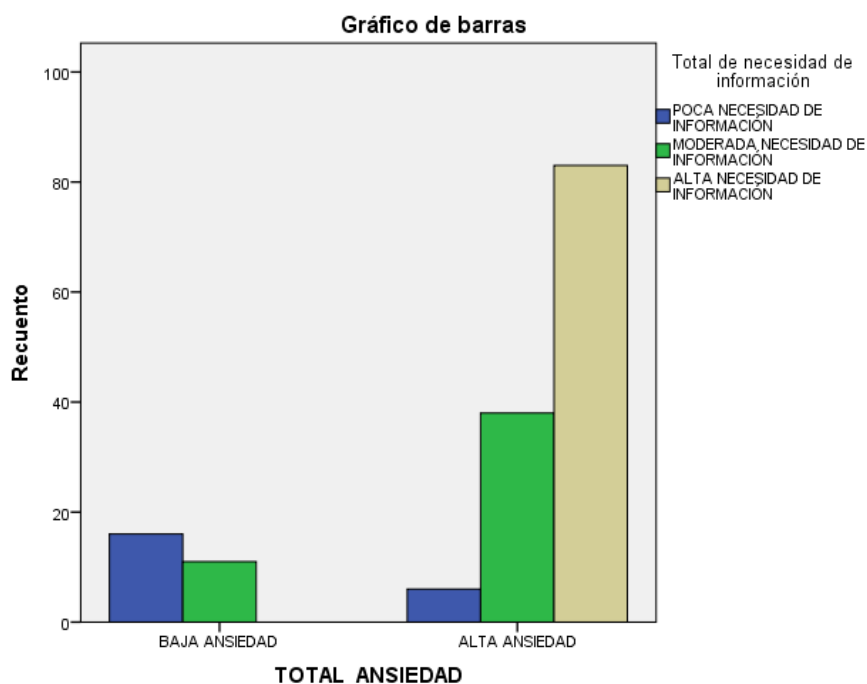
Tabla 4. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015

	Baja necesidad de información	Moderada necesidad de información	Alta necesidad de información	Total	Chi ²	p
Baja ansiedad	16	11	0	27	64,819	0,00
Alta ansiedad	6	38	83	127		
Total	22	49	83	154		

Relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información de los pacientes (p=0,00).

Fuente: Escala realizada en Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Gráfico 12. Relación entre nivel de ansiedad preoperatoria y la necesidad de información de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Los pacientes que presentan alta necesidad de información son los que presentan altos niveles de ansiedad en el preoperatorio.

Finalmente se determinó que el nivel de ansiedad preoperatorio y la recuperación postanestésica inmediata no guardan relación entre sí, resultando no ser estadísticamente significativos.

Al mismo tiempo se encontró que el alto nivel de ansiedad preoperatoria no es un factor de riesgo para una mala recuperación postanestésica con un Odds Ratio 1, 27 y un IC de 95% entre 0.55 y 2.94 ya que en nuestro grupo de estudio la mayoría de pacientes presentaron una buena recuperación postanestésica pese a registrar altos niveles de ansiedad en el chequeo preanestésico (Tabla 4) (Gráfico 13).

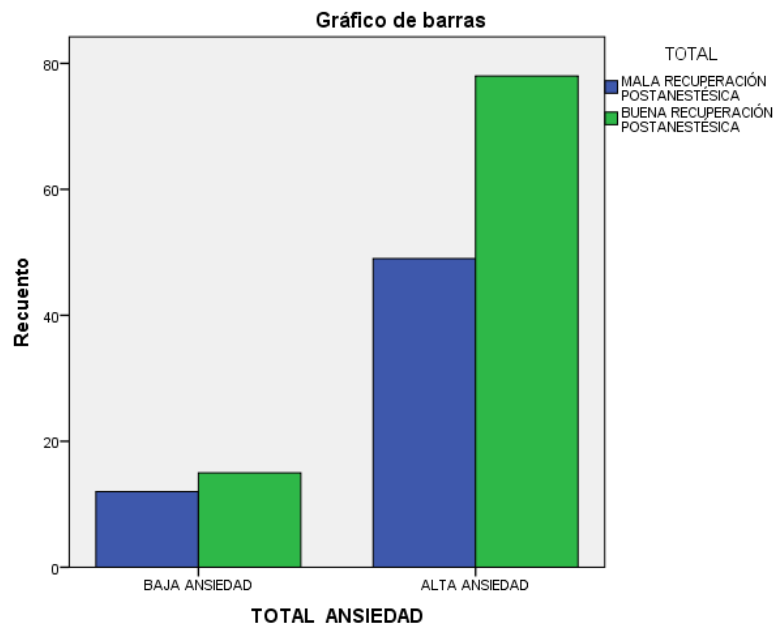
Tabla 5. Tabulación cruzada entre el nivel de ansiedad y la recuperación postanestésica inmediata de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.

	Buena recuperación	Mala recuperación	Total	Chi ²	p
Baja ansiedad	12	15	27	0, 320	0,572
Alta ansiedad	49	78	127		
Total	61	93	154		

Relación no estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad preoperatoria y la recuperación postanestésica inmediata. (p=0,572).

Fuente: Escala realizada en Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

Gráfico 13. Relación entre el nivel de ansiedad preoperatorio y la recuperación postanestésica inmediata en los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo de julio a septiembre del 2015.



Los pacientes que presentaron altos niveles de ansiedad preoperatoria tuvieron una buena recuperación postanestésica.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital Eugenio Espejo. **Autores:** Gabriela Gavilanes y Jessica Ortiz

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La ansiedad preoperatoria es un evento frecuente, poco evaluado en los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica, y ésta a su vez es un acontecimiento de vital importancia que genera diferentes niveles de ansiedad, los resultados de nuestro estudio demostraron que un 82 % de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía electiva en el Hospital Eugenio Espejo presentan un alto nivel de ansiedad. Igualmente altos niveles de ansiedad se demostraron en los estudios realizados por Boker et al. y Mingir et al., quienes informan que el 60 al 80% de los pacientes que se presentan para cirugía electiva experimentan ansiedad. **(15) (16)**

La literatura revela que altas puntuaciones de ansiedad se presentan con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Ebirim, et al., revelaron en su estudio que el 27,1% de los participantes masculinos versus el 40,9% de las mujeres participantes fueron ansiosos. **(19)** Estos resultados coinciden con los nuestros donde el género femenino representó un 52, 6% versus el masculino con 47,4%. Aunque se concluye alegando que la diferencia de género no fue estadísticamente significativa.

Nuestra investigación concuerda con el estudio de Kiyohara y de otros autores, en que las variables sociodemográficas no presentan una relación significativa con los niveles de ansiedad, a excepción de la edad que si mostró una relación significativa en nuestra población de estudio. **(69)**

La falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesiólogo en sus cuidados puede contribuir a un alto nivel de ansiedad preoperatorio. **(17)** Según K. Ham Armenta et al. sólo 36% de los pacientes reciben detalles de la técnica anestésica, así como información completa acerca de los fármacos a utilizar. **(45)**

Hay que recalcar la importancia de la comunicación directa y el suministro de información en el chequeo preanestésico, ya que en los estudios donde se ha

investigado a los pacientes que recibieron detalles sobre la técnica anestésica se demostraron cambios benéficos en los niveles de ansiedad después del procedimiento anestésico.

Janis, fue uno de los primeros en conducir la investigación sistemática sobre ansiedad preoperatoria y establecer la relación entre la ansiedad y el requisito de información (70). Es importante reafirmar que los pacientes ansiosos pueden necesitar más atención e información, como se refleja en nuestros resultados demostrando una relación directamente proporcional entre la necesidad de información y el nivel de ansiedad.

Actualmente contamos con estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postanestésica. Moix Queraltó, expone en su artículo “Emoción y cirugía” que la ansiedad preoperatoria influye en la mayor prevalencia de complicaciones en el postoperatorio como mayor dolor incrementando la toma de analgésicos y sedantes, dificultad respiratoria o episodios de tos recurrentes, inestabilidad hemodinámica, taquicardia, arritmias, inestabilidad térmica, náusea o vómito, entre otros. (43)(44)(41) Sin embargo nuestros hallazgos no reflejan una relación directa entre un alto nivel de ansiedad y una mala recuperación postanestésica inmediata, esto puede deberse al tamaño de la muestra, la gran calidad de la atención médica brindada por el equipo de anestesiología durante el transoperatorio, complicaciones postanestésicas no incluidas en la escala de White y Song y sesgo en la valoración real de la saturación de los pacientes debido a su ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con oxígeno suplementario.

En esta investigación se constató que existe un alto nivel de ansiedad preoperatoria que a su vez se correlaciona con una alta demanda de información. Pese a que no se pudo demostrar la hipótesis del estudio no podemos afirmar que no existe una relación

entre ansiedad y recuperación postanestésica dado que la evidencia empírica adquirida en la práctica clínica y la diversa literatura científica a nivel internacional sugieren lo contrario. Debido a que no se ha podido llegar a un consenso definitivo sugerimos llevar a cabo más estudios.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio sugieren la presencia de grados elevados de ansiedad en pacientes programados para cirugía electiva.

- Existe asociación significativa entre un alto nivel de ansiedad preoperatoria y un mayor requerimiento de información.
- Los factores sociodemográficos no demostraron una relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad, a excepción de la edad.
- La mayoría de pacientes registró una buena recuperación postanestésica inmediata independientemente de su nivel de ansiedad previo.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- Considerar incluir la aplicación de la escala APAIS durante la visita preanestésica ya que es una herramienta sencilla para determinar los niveles de ansiedad en el preoperatorio.
- Realizar una correcta visita preanestésica de preferencia por el anestesiólogo que está programado para la intervención quirúrgica o, si el caso no lo permite, el anestesiólogo designado debería estar al tanto de las novedades detectadas durante el chequeo preanestésico. Además, basándonos en el modelo de cirugía segura de la OMS, sugerimos hacer énfasis en el trabajo de equipo entre cirujano, anestesiólogo, enfermeras y en casos específicos buscar apoyo del personal de salud mental.
- Prestar mayor atención durante el chequeo preanestésico al grupo etario adulto y hacer uso de otras técnicas informativas además de la verbal como es el empleo de trípticos o medios audiovisuales.
- Pese a que no se pudo demostrar la influencia negativa de la ansiedad sobre la recuperación postanestésica, proponemos elaborar un plan terapéutico preanestésico en los pacientes que presentan altos niveles de ansiedad con la finalidad de disminuir su morbilidad.

CAPÍTULO IX

LIMITACIONES

- Las limitaciones del presente estudio pudieron estar relacionadas al tamaño reducido de la muestra ya que durante la recolección de la información una gran parte de los pacientes de la programación quirúrgica fueron personas de la tercera edad, ASA IV, pacientes con trastornos psiquiátricos, limitaciones del habla, en aislamiento de contacto o que necesitaron ir directamente a terapia intensiva para su recuperación especialmente después de cirugías cardíacas y neurológicas.
- De los pacientes programados para cirugía electiva algunos debían acudir el día previo a su intervención para su respectivo ingreso, sin embargo muchos de ellos nunca acudieron. Por otro lado varias de las escalas realizadas el día previo quedaron anuladas ya que algunas cirugías fueron suspendidas debido a múltiples factores no previstos.
- En la Unidad de Cuidados Posanestésicos se evidenció que un considerable número de los pacientes registraron elevados valores de presión arterial. La literatura menciona la elevación de la presión arterial dentro de las posibles complicaciones postanestésicas en pacientes ansiosos, la misma que está relacionada con una mayor morbilidad a futuro. No obstante este parámetro no está incluido en la escala de White y Song por lo que no fue registrado.
- Existió un sesgo en el valor total de la recuperación postanestésica inmediata utilizando la escala de White y Song, en cuanto al reporte de la saturación de oxígeno real del paciente porque a todos los pacientes al ingresar a la Unidad de Cuidados Postanestésico se les colocó oxígeno suplementario independientemente de su condición.

- El estudio no contó con un seguimiento posterior a la salida de los pacientes de la Unidad de Cuidados Postanestésicos sin poder evidenciar complicaciones postanestésicas mediatas y tardías que pudieron presentarse.
- La gran calidad de la atención médica brindada por el equipo de anestesiología durante el transoperatorio pudo encaminar a los pacientes hacia una buena recuperación postanestésica independientemente de su nivel de ansiedad previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. D.J. Stein MD., PhD. E. Hollander, MD. Historia de los trastornos de ansiedad. Psiquiatría Editores, S.L. 2002. Tratado de los trastornos de ansiedad. Washington DC: Ars Medica; 2002: 3-12
2. J.C. Sierra. V. Ortega. I. Zubeidat. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar e Subjetividade / Fortaleza. Mar. 2003; 3(1): 10-59
3. J.Rojo Moreno. Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés .Ediciones pirámide. Madrid 2011: 28-33
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10
5. E. Rojas. La ansiedad, como superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones. Madrid. Ediciones planeta. 2009: 25-101
6. M. Atalaya P. El estrés laboral y su influencia en el trabajo. Industria Data 2001, 4(2): 23-38
7. Alvarez-Bobadilla GM. Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. Rev Mex Anest. 2014 .37(1): S152-S154
8. S.M. Stahl. M.M. Grady. N. Muntner. Neurobiología del estrés y la ansiedad. Neuroscience Education Institute. Cambridge Inglaterra. Ansiedad, estrés y PTSD. Edición en español. España. Aula Médica Formación en Salud. 2012: 1-22

9. S. Lòpez Roig, M.A. Pastor, J. Rodriguez, S. Sánchez, J. Belmonte. Ansiedad y Cirugía. Un estudio con pacientes oftalmológicos. Rev. de Psicol. Gral y Aplic. 1991, 44(1): 87-94. Disponible en URL: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/Habilidades/ARTICULO%20INVESTIGACION%20ANSIEDAD%20QUIRURGICA%20MEDICION.pdf>
10. M. I. Ramos, et al. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(3): 133-137
11. V. Torres Camacho. A.A. Chávez Mamani. Ansiedad. Rev. Act. Clin. Med 2013; 35
12. F.J Labrador. Cómo sobreponerse a la ansiedad. Ediciones pirámide. Madrid. 2011: 23-26
13. J. Valenzuela Millán y cols. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir 2010; 78: 151-156
14. C.E. Klopfenstein, A. Forster. E. Van Gessel. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. Can J Anaesth. 2000 Jun; 47(6): 511-5
15. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Can J Anaesth 2002; 49:792-8
16. Mingir et al. Spinal Anaesthesia and Perioperative Anxiety Turk J Anaesth Reanim 2014; 42: 190-5

17. J. Ortiz et al, Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?, Rev Bras Anesthesiol. 2015; 65 (1):7-13
18. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. J Clin Nurs. 2011; 21(7–8): 956–964
19. Ebirim L, Tobin M. Factors Responsible For Pre-Operative Anxiety In Elective Surgical Patients At A University Teaching Hospital: A Pilot Study. Internet J Anesthesiol. 2010; 29: 2
20. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, Gonzales PE, Mandelbaum R, Okubo ST, Watanuki T, Vieira JE. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Revista do Hospital das Clínicas. 2004; 59(2): 51–56
21. Farrar MW. Neuroendocrine and inflammatory aspects of surgery: do they affect outcome? Eur J Anaesthesiol 1998; 15: 736-7
22. McBride WT. Immunomodulation: an important concept in modern anaesthesia. Anaesthesia 1996; 51: 465-73
23. Kim W-S, Byeon G-J, Song B-J, Lee HJ. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. Korean J Anesthesiol.2010; 58(4): 328–333
24. Rachid Aalouane et al. Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage. Neurosciences 2011; 16 (2): 146-149

25. Aghamohammadi Kalkhoran M, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Ann Gen Psychiatry*. 2007; 6: 17
26. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*. 2007;12(2):145–148
27. Aalouane R, Rammouz I, Tahiri-Alaoui D, Elrhazi K, Boujraf S. Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage. *Neurosciences (Riyadh)* 2011; 16(2):146–149
28. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs*. 2006;15:341–352
29. Norred C. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN*. 2000; 72:838–843
30. Teasdale K. Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. *J Adv Nurs*. 1995; 22: 79–86
31. Acedo Díaz MV. Estudio de la respuesta al estrés quirúrgico bajo dos técnicas anestésicas en la cirugía oncológica colo-rectal. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2002.
32. Varela P. Ansiosamente, claves para reconocer y desafiar la ansiedad. Editorial. El Ateneo 2004
33. Echevarría R, Fernández de Sanmaned MJ, Iglesias C, Moretó A, Rodríguez M. Protocolo de ansiedad y depresión. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1997: 9-14

34. Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA, García F, Gregorio E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Rev Enferm* 1998; 8: 208
35. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española 2001. Disponible en URL: <http://www.rae.es/rae.html>
36. Burns JW, Mullen JT, Higdon LJ, Mei Wei J, Lansky D. Validity of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS): prediction of physical capacity variables. *Pain* 2000; 84: 247-52
37. McGaw CD, Hanna WJ. Knowledge and fears of anaesthesia and surgery. The Jamaican perspective. *West Indian Med J* 1998 Jun; 47(2): 64-7
38. LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel - Planeta; 1999
39. P. Moreno Carrillo, A. Calle Pla. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *CIR MAY AMB* 2015; 20 (2): 74-78
40. G. Panjabi , U. khokhari , .G Prajapati, Effect of Preanesthetic Assessment in Outpatient Consultation Clinic in Decreasing Anxiety of Patient Undergoing Elective Surgery , *IOSR-JDMS* 2014; 13 (7): 74-77
41. Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *Am Psychol* 2000; 55(6): 665-72
42. Horn et al. Pathophysiological and neurochemical mechanisms of postoperative nausea and vomiting. *Eur J Pharmacol.* 2014 January 5; 722: 55–66

43. M Barba Cañete. Plan de Cuidados para Pacientes que van a ser Intervenido Quirúrgicamente. *Enferm Docente* 2006; 84: 28-31
44. Miguel-Tobal JJ. La ansiedad. In: Mayor J, Pinillos L, editors. *Tratado de psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Alhambra; 1990: 309-44
45. Ham AKO et al. Ansiedad preoperatoria. *Medigraphic*. 2014; 6 (2): 79-84
46. J Caddick , S Jawad , S Southern , S Majumder. The power of words: sources of anxiety in patients undergoing local anaesthetic plastic surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2012; 94: 94–98
47. C. Soltner, J. A. Giquello, C. Monrigal-Martin and L. Beydon. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth* 2011; 106 (5): 680–690
48. Gordillo León, Fernando, Arana Martínez, José M., Mestas Hernández, Lilia. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos *Revista Clínica de Medicina de Familia* [en línea] 2011, 4 (Octubre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2015] Disponible en: <<http://2011.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220008>>
49. Kim, et al. The preanesthetic interview by anesthesiology residents: analysis of time and content. *Korean J Anesthesiol* 2012 March 62 (3): 220-224
50. W.L. Aronson, M.S. McAuliffe, K. Miller. Variability in the American Society of Anesthesiologists Physical. *AANA Journal* 2003; 71(4): 265-74
51. M. Doñate Marín, A .Litago Cortés,Y. Monge Sanz,R. Martínez Serrano. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enf glob*. 2015; (37): 170-180

52. M.C. Miguel Romeo, L. Sagardoy Muniesa. Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enferm Clin.* 2014; 24(4): 233-240
53. Badner et al. Anesthesiologists' perception of patients' anxiety under regional anesthesia. *Local and Regional Anesthesia* 2010; 3: 65–71
54. M. Clanchet et al. Cuidados postoperatorios incluyendo tratamiento del dolor. Recomendaciones para la elaboración de un protocolo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013; 60(1): 94-104
55. N. Dorre. Unidad de Recuperación Postanestésica. R.D. Miller. *Miller Anestesia*. Séptima edición. España: Elseiver; 2010: 2473-2494
56. J. Viñoles, P. Argente. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. *CIR MAY AMB.* 2013; 18 (3): 125-132
57. C. Águila, J. Neira. Complicaciones postoperatorias. En: R. Álvarez/C. Bravo. *Anestesiología Clínica*. Tercera edición. Chile. Editorial Mediterráneo; 2008.325-331
58. R. García-Aguado J. Viñoles B. Moro V. Martínez-Pons H. Hernández. *Manual de Anestesia Ambulatoria*. Primera edición. Valencia. Generalitat Valenciana; 2004
59. McHugh GA, Thoms GM. The management of pain following day-case surgery. *Anaesthesia* 2002; 57: 270-275
60. G. Arena, et al. Raccomandazioni per l'area di recupero e l'assistenza post-anestesiologica. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Disponible en: <http://www.siaarti.it/download/raccomandazioni-per-larea-di-recupero-e-lassistenza-post-anestesiologica/>
61. Barajas R et al. Incidencia de parálisis residual postanestésica. *Rev Mex Anest.* 2011; 34 (3): 181-188

62. G. Gonzalez, F.Pinto. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria Perú 2005. [Tesis Doctoral] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2005
63. M. F. Zakariah et al. Validation of the Malay version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Med J Malaysia*, 2015; 70 (4)
64. J. K. Crockett et al. The development and validation of the Pre operative Intrusive Thoughts Inventory (PITI). *Anaesthesia*, 2007, 62: 683–689
65. Moerman et al. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (AP AIS). *Anesth Analg*. 1996; 82: 445-451
66. N. Lages, C. Fonseca, F. Abelha. Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos?. *Rev SPA* 2006; 15 (4) : 18-25
67. White, Paul F. PhD, MD, FANZCA; Song, Dajun MD PhD. New Criteria for Fast-Tracking After Outpatient Anesthesia: A Comparison with the Modified Aldrete's Scoring System. *ANESTH ANALG*. 1999; 88: 1069–72
68. D. Bronheim, R.S. Gist. Postanesthesia care unit assessment scales. D.L. Reich MD, R.A. Kahn, A.J.C. Mitnacht, A.B. Leibowitz, M.E. Stone, J.B. Eisenkraft. *Monitoring in Anesthesia and Perioperative Care*. 1st Edition. England. Cambridge Medicine: 2011; 357-359
69. Kiyohara L Y et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 2004; 59(2): 51-56
70. Janis IL. Psychological stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York: Wiley, 1958

ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable	Indicadores
Edad	18-40
	41-65
Sexo	Hombre
	Mujer
Escolaridad	Primaria
	Secundaria
	Superior
Cirugía previa	SI
	NO
ASA	ASA I
	ASA II
	ASA III
Tipo de anestesia	General
	Raquídea

ANEXO 2

ESCALA APAIS

CON RESPECTO DE LA ANESTESIA	1	2	3	4	5
“Estoy inquieto con respecto a la anestesia”					
“Pienso continuamente en la anestesia”					
“Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención”					

CON RESPECTO DE LA CIRUGÍA	1	2	3	4	5
“Estoy inquieto con respecto a la cirugía”					
“Pienso continuamente en la cirugía”					
“Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía”					

ANEXO 3

ESCALA WHITE Y SONG

NIVEL DE CONSCIENCIA	PUNTOS
Consciente y orientado	2
Despierta con una estimulación mínima	1
Sólo responde a estimulación táctil	0
ACTIVIDAD FÍSICA	
Capacidad para mover las cuatro extremidades a requerimiento	2
Cierta debilidad en el movimiento de las extremidades	1
Incapacidad para mover voluntariamente las extremidades	0
ESTABILIDAD HEMODINÁMICA	
Presión arterial <15% de la PAM inicial	2
Presión arterial 15-30% de la PAM inicial	1
Presión arterial <30% de la PAM inicial	0
ESTABILIDAD RESPIRATORIA	
Capacidad para inspirar aire profundamente	2
Taquipnea con tos adecuada	1

Disnea con tos débil	0
SATURACIÓN OXÍGENO	
Mantenimiento saturación de oxígeno >90% con aire ambiente	2
Necesidad de administrar oxígeno suplementario (cánulas nasales)	1
Saturación de oxígenos <90% con oxígeno suplementario	0
EVALUACIÓN DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO	
Molestias leves o inexistentes	2
Dolor moderado o intenso controlado con analgésicos endovenosos	1
Dolor intenso persistente	0
SÍNTOMAS EMÉTICOS EN EL POSTOPERATORIO	
Náuseas leves o inexistentes, sin vómitos activos	2
Vómitos o arcadas transitorias	1
Náusea y vómito moderados o intensos de manera persistente	0

ANEXO 4

BASE DE DATOS. Recolección de datos según factores sociodemográficos

Fecha	Nº historia	Edad	Sexo	Escolaridad	Cirugía previa	ASA	Anestesia
27-28/Julio	856027	2	1	1	1	2	1
	870710	1	1	2	1	2	1
	881901	1	1	3	1	2	1
	882277	1	2	3	1	2	1
	878273	2	2	1	1	2	1

28-29/Julio	861811	1	1	2	1	2	1
	719590	2	1	3	1	2	1
	853567	2	1	2	1	2	1
	822533	2	1	2	2	3	1
	882569	1	2	2	2	3	1
	554025	2	1	1	1	3	1
05-0/Agosto	881197	1	2	3	2	1	2
	631974	2	2	1	2	3	1
	883456	1	1	2	2	2	1
	862247	2	1	1	1	2	2
	878550	2	2	3	1	2	2
	877279	1	2	3	2	1	1
12-13/Agosto	623093	2	1	2	1	3	1
	883061	2	1	3	1	2	1
	883783	2	1	1	2	2	1
	865324	2	1	2	1	1	1
	881912	2	2	2	1	2	1
	879263	2	1	2	1	2	1
16-17/Agosto	864480	1	1	3	2	1	1
	563059	1	2	2	2	2	1
	859788	1	2	2	2	2	1
	883358	1	2	2	2	1	1
	878273	2	2	2	1	2	1
	883123	2	2	3	2	1	1
	882212	1	2	2	1	2	1
	883024	2	1	3	1	1	1
	800984	2	2	1	1	3	2
	841332	2	1	1	1	2	1

17-18/Agosto	634891	2	1	2	1	3	1
	872933	2	1	1	1	2	1
	727528	2	1	1	1	2	1
	603814	2	1	2	1	2	1
	871349	2	2	1	2	2	2
20-21/Agosto	875196	2	1	3	2	2	1
	543488	2	1	1	1	2	2
	503278	2	1	1	1	1	2
24-25/Agosto	824568	2	1	1	2	2	2
	882463	2	1	3	1	3	1
	880982	2	1	1	1	3	1
	597411	2	2	2	1	2	1
	881417	2	2	1	1	2	1
25-26/Agosto	720383	2	1	2	1	1	1
	801231	1	2	2	1	1	1
	834995	2	2	2	1	1	1
	754128	2	2	3	1	2	1
	853549	2	1	2	2	2	1
	856061	1	2	2	1	2	1
	883761	1	2	3	2	1	1
	868640	2	2	3	1	1	1
	874163	2	1	3	1	2	1
	883816	2	2	1	1	2	1
	884203	2	2	1	1	2	1
	745382	2	2	1	1	2	2
	730818	1	2	2	1	2	2
	878110	2	2	1	1	1	1
	802320	2	2	2	1	2	2

30-31/Agosto	834368	2	1	2	1	2	2
	801487	1	1	3	1	1	2
	799105	2	1	3	1	2	2
	884645	2	2	1	2	1	1
	883755	1	1	2	1	1	2
	881642	2	2	3	2	1	1
	856679	2	1	3	1	2	1
	878898	2	2	2	1	1	1
	505437	2	1	2	1	1	1
	862203	2	1	2	1	3	1
31/Agosto- 01/Septiembre	884239	1	2	1	2	2	1
01- 02/Septiembre	875905	2	2	2	2	1	2
	504470	2	1	1	1	3	2
	883794	2	2	3	1	1	1
	867890	1	1	3	1	2	1
	870622	2	1	1	1	3	1
	874125	2	1	2	1	3	1
	880099	2	2	1	2	2	1
	683668	2	2	2	1	1	2
	885046	1	2	3	1	1	1
	865105	1	1	3	2	2	1
02- 03/Septiembre	869454	2	1	3	1	1	1
	797854	2	1	2	1	1	1
	582756	2	1	2	1	2	1
	881451	2	2	2	1	1	1

06- <i>07/Septiembre</i>	876691	2	2	1	2	2	2
	876361	1	1	2	1	1	2
	883832	2	2	1	1	1	2
	881616	2	1	2	1	1	1
	882056	2	1	1	1	2	2
	880647	2	1	2	1	2	1
	885278	1	1	2	1	1	1
	875695	2	1	1	2	2	1
	527097	2	2	3	1	1	1
	884010	1	2	3	1	1	1
09- <i>10/Septiembre</i>	881707	1	2	1	2	3	1
	773394	2	2	2	1	2	1
	882710	1	2	2	2	1	2
	882802	1	2	2	2	1	2
	536834	2	1	3	1	2	1
	876957	2	1	1	2	1	1
	860519	2	1	3	2	2	1
	526301	2	2	2	1	2	2
	632735	2	2	1	1	1	2
	501079	2	1	1	1	2	1
13- <i>14/Septiembre</i>	676273	1	2	2	1	1	1
	884083	2	2	1	2	2	2
	561598	2	1	1	1	2	2
	851404	2	1	2	1	3	1
	877613	2	2	2	2	2	1

14- 15/Septiembre	827676	2	2	1	1	2	1
	866542	2	1	1	1	3	1
	875272	1	1	3	2	2	1
	654222	1	2	3	1	3	1
	885604	2	2	1	1	2	1
	883968	2	2	1	2	1	2
	867150	2	2	3	1	2	2
	749931	2	1	1	1	2	1
	860297	1	2	3	1	1	1
	847761	2	1	2	1	2	1
16- 17/Septiembre	880217	2	1	2	1	1	1
	856414	2	1	2	2	2	1
	885266	2	1	2	1	2	1
	799053	2	1	1	1	2	2
	862599	2	1	1	1	2	2
	885632	2	2	2	1	1	1
	884687	2	2	2	2	2	1
	853638	2	1	2	1	2	2
	758251	1	1	2	1	1	1
	734666	2	1	2	1	2	1
20- 21/Septiembre	804427	2	1	2	1	1	1
	862979	2	1	1	1	1	2
	885625	1	2	2	2	1	1
	875046	2	2	1	1	1	1
	833720	2	2	3	1	2	1

23- 24/Septiembre	860971	1	1	1	2	2	1
	871304	1	2	2	1	2	1
	886486	1	2	1	2	1	1
	475727	2	1	1	1	2	2
	482484	2	2	3	2	2	2
	419276	2	2	2	2	1	1
	878567	2	1	2	2	1	1
24- 25/Septiembre	736328	1	2	1	1	2	1
	800520	2	1	2	1	2	1
	868270	2	2	1	1	1	2
	747053	2	2	1	2	2	1
	825169	2	1	1	1	2	2
	879757	2	1	1	1	2	1
	886714	1	2	2	1	1	1
	835051	2	1	2	1	2	1
	803965	2	2	3	1	2	1
	874790	2	1	2	1	2	2
	879987	2	1	1	1	2	2

Los datos fueron recolectados en función del Anexo 1.

*El factor edad se dividió en dos grupos: 1 “Adulto joven” con un rango de edad entre los 18 y 40 años de edad y 2 “Adulto” con edades entre los 41 a 65 años.

*El factor Sexo en dos grupos: 1 “Sexo femenino” y 2 “Sexo masculino”.

*Nivel de escolaridad: 1 “Educación primaria”, 2 “Educación secundaria” y 3 “Educación terciaria”.

*Cirugía previa: 1 “Sí” y 2 “No”.

*El factor ASA se clasificó en tres grupos: 1 “ASA I”, 2 “ASA II y 3 “ASA III”.

*Tipo de anestesia: 1 “General” y 2 “Raquídea”.

BASE DE DATOS. Recolección de datos según la Escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Amsterdam (APAIS)

Fecha	Nº historia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	TOTAL
27-28/Julio	856027	3	1	1	3	1	1	10
	870710	4	2	1	4	2	2	15
	881901	5	1	5	1	1	5	18
	882277	1	1	5	1	2	3	13
	878273	1	1	2	1	1	4	10
	861811	2	2	5	4	5	5	23
	719590	5	4	4	5	4	5	27
	853567	2	1	5	2	2	5	17
28-29/Julio	822533	1	1	4	2	3	4	15
	882569	2	1	5	2	2	5	17
	554025	4	1	4	5	1	4	19
	881197	2	2	4	2	3	4	17
	631974	1	1	5	1	1	5	14
05-06/Agosto	883456	5	5	5	5	5	5	30
	862247	1	1	5	1	1	5	14
	878550	1	1	5	3	2	5	17
	877279	3	1	5	4	3	4	20
	623093	4	2	5	2	2	3	18
	883061	1	1	4	1	1	4	12
12-13/Agosto	883783	1	1	5	1	4	5	17

<i>16-17/Agosto</i>	865324	3	1	5	3	3	5	20
	881912	1	1	1	1	1	3	8
	879263	3	1	5	3	3	5	20
	864480	5	4	4	5	5	5	28
	563059	2	1	4	3	3	4	17
	859788	4	1	5	3	3	4	20
	883358	2	1	4	1	2	4	14
	878273	1	1	1	3	1	4	11
	883123	3	1	2	5	4	3	18
	882212	3	1	5	5	5	5	24
	883024	5	1	5	1	5	5	22
	800984	1	1	3	1	1	3	10
	841332	1	1	3	1	1	3	10
	634891	3	3	5	3	3	5	22
	872933	3	4	5	3	5	5	25
	727528	5	3	5	5	5	3	26
<i>17-18/Agosto</i>	603814	4	4	5	4	4	4	25
	871349	2	2	3	3	3	3	16
	875196	4	5	1	5	5	1	21
<i>20-21/Agosto</i>	543488	1	1	5	3	2	5	17
	503278	2	1	3	2	2	4	14
	824568	1	3	3	1	1	4	13
<i>24-25/Agosto</i>	882463	1	1	1	1	1	5	10
	880982	1	1	3	5	3	5	18
	597411	1	1	2	1	1	3	9
	881417	1	1	2	2	2	2	10
	720383	4	3	5	5	5	5	27
	801231	2	2	4	2	2	4	16

25-26/Agosto	834995	3	1	3	2	2	3	14
	754128	2	1	3	1	2	3	12
	853549	1	1	1	1	1	1	6
	856061	2	2	5	5	5	5	24
	883761	3	1	2	5	5	3	19
	868640	1	1	3	5	5	5	20
	874163	1	1	2	1	1	3	9
	883816	1	1	3	1	1	1	8
	884203	3	3	3	3	3	3	18
	745382	3	2	4	1	3	4	17
30-31/Agosto	730818	3	1	5	1	1	3	14
	878110	2	3	3	2	3	2	15
	802320	3	2	2	3	2	4	16
	834368	4	4	5	5	5	5	28
	801487	1	1	4	3	1	2	12
	799105	4	3	4	3	4	4	22
	884645	1	3	5	5	5	1	20
	883755	5	4	4	5	5	5	28
	881642	5	5	4	5	2	5	26
	856679	1	1	5	1	1	5	14
31/Agos- 01/Septiembre	878898	2	1	3	2	1	4	13
	505437	1	1	1	1	1	3	8
	862203	3	1	4	2	2	5	17
	884239	1	1	5	5	4	5	21
	875905	3	3	5	4	4	5	24
	504470	1	3	5	1	2	4	16
	883794	3	2	1	3	1	1	11

<i>01-02/Septiembre</i>	867890	5	5	5	5	5	3	28
	870622	1	1	3	1	1	5	12
	874125	2	2	3	3	3	3	16
	880099	2	1	2	2	2	2	11
	683668	1	1	5	1	1	1	10
	885046	3	2	3	5	4	4	21
<i>02-03/Septiembre</i>	865105	3	2	5	4	3	5	22
	869454	2	1	1	5	5	5	19
	797854	3	2	3	4	4	4	20
	582756	5	5	5	5	5	1	26
	881451	3	3	3	2	2	2	15
	876691	1	1	1	2	1	2	8
<i>06-07/Septiembre</i>	876361	3	2	4	5	5	4	23
	883832	1	1	2	2	1	5	12
	881616	3	1	3	5	5	4	21
	882056	4	2	3	2	3	4	18
	880647	4	4	3	4	3	4	22
	885278	2	1	5	3	1	5	17
<i>09-10/Septiembre</i>	875695	4	4	5	5	5	5	28
	527097	1	1	3	2	2	4	13
	884010	2	2	2	4	4	2	16
	881707	2	3	4	5	3	2	19
	773394	3	1	5	5	5	5	24
	882710	3	3	5	1	4	5	21
<i>09-10/Septiembre</i>	882802	3	1	2	2	2	5	15
	536834	3	3	3	4	5	5	23
	876957	2	2	3	2	2	3	14
	860519	3	1	5	2	3	5	19

13-14/Septiembre	526301	2	1	2	1	1	1	8
	632735	1	1	5	1	5	5	18
	501079	1	1	3	1	2	2	10
	676273	2	2	5	5	5	5	24
	884083	1	1	5	2	2	5	16
	561598	1	1	1	1	1	1	6
	851404	1	2	5	1	2	5	16
	877613	3	1	5	4	5	5	23
	827676	3	4	5	3	4	5	24
	866542	2	1	3	1	1	2	10
14-15/Septiembre	875272	4	3	5	4	3	2	21
	654222	1	1	3	3	2	2	12
	885604	1	1	1	1	1	1	6
	883968	1	1	3	1	1	2	9
	867150	1	1	5	1	1	4	13
	749931	1	1	4	2	3	4	15
	860297	3	1	4	3	2	5	18
	847761	1	1	4	2	3	2	13
	880217	2	1	1	4	4	5	17
	856414	4	3	4	4	4	4	23
16-17/Septiembre	885266	1	1	1	1	2	2	8
	799053	3	2	4	3	3	4	19
	862599	4	2	4	3	3	5	21
	885632	1	3	3	3	3	3	16
	884687	1	1	1	1	1	1	6
	853638	1	1	4	4	2	5	17
	758251	2	4	5	5	3	4	23
	734666	3	3	4	3	3	4	20

20-21/Septiembre	804427	3	2	4	3	3	4	19
	862979	1	1	2	1	2	2	9
	885625	1	1	5	1	1	5	14
	875046	2	2	2	2	2	2	12
	833720	2	2	1	3	3	3	14
23-24/Septiembre	860971	5	2	5	5	5	5	27
	871304	2	2	5	3	3	5	20
	886486	1	1	3	4	4	4	17
	475727	3	2	5	2	3	5	20
	482484	1	1	3	4	4	4	17
24-25/Septiembre	419276	1	1	4	3	2	4	15
	878567	5	3	4	5	5	5	27
	736328	1	1	1	2	5	2	12
	800520	1	1	2	1	1	3	9
	868270	1	1	4	1	1	5	13
	747053	1	1	1	1	1	1	6
	825169	3	2	3	2	3	3	16
	879757	5	1	4	1	5	3	19
	886714	3	1	5	2	1	5	17
	835051	1	1	4	3	1	4	14
	803965	1	1	1	3	3	5	14
	874790	2	3	5	2	4	5	21
	879987	2	2	5	2	2	4	17

Aplicando la Escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Amsterdam (APAIS) se obtuvo 6 variables; asignadas como P1...P6. Cada ítem o variable tiene un rango de valoración que va desde uno, que significa “absolutamente no”, hasta cinco con el significado de “demasiado”. El físico de la escala consta en el Anexo 2.

*P1: “Estoy inquieto con respecto a la anestesia.

*P2: “Pienso continuamente en la anestesia”

*P3: “Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención”.

*P4: “Estoy inquieto con respecto a la cirugía”

*P5: “Pienso continuamente en la cirugía”

*P6: “Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la cirugía”

BASE DE DATOS. Recolección de datos según Escala de White y Song

Fecha	Nº historia	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	Total
27-28/Julio	856027	2	1	2	2	1	0	2	10
	870710	2	2	2	2	1	0	2	11
	881901	2	2	2	2	1	2	2	13
	882277	2	2	2	2	1	2	2	13
	878273	2	2	2	2	1	1	2	12
	861811	2	0	2	2	1	0	2	9
	719590	2	1	2	2	1	2	2	12
	853567	2	2	2	2	1	1	2	12
28-29/Julio	822533	2	2	2	2	1	2	2	13
	882569	2	2	2	2	1	1	2	12
	554025	2	1	2	2	1	1	2	11
	881197	2	2	2	2	1	2	2	13
	631974	2	2	2	2	1	1	2	12
05-06/Agosto	883456	1	1	2	2	1	2	2	11
	862247	2	1	1	2	1	2	2	11
	878550	2	2	2	2	1	2	2	13

12-13/Agosto	877279	1	1	2	2	1	2	2	11
	623093	2	2	2	2	1	2	2	13
	883061	2	2	2	2	1	1	2	12
	883783	1	2	1	2	1	2	2	11
	865324	1	2	2	2	1	2	2	12
	881912	1	2	2	2	1	2	2	12
	879263	2	2	2	2	1	2	2	13
16-17/Agosto	864480	1	1	2	2	1	2	2	11
	563059	2	2	2	2	1	1	2	12
	859788	2	2	2	2	1	1	2	12
	883358	2	2	2	2	1	2	2	13
	878273	2	2	2	2	1	2	2	13
	883123	2	2	2	2	1	1	2	12
	882212	2	1	1	2	1	2	2	11
17-18/Agosto	883024	2	2	2	2	1	1	2	12
	800984	2	1	1	2	1	2	2	11
	841332	2	2	1	2	1	2	2	12
	634891	1	1	1	2	1	1	2	9
	872933	1	1	2	2	1	2	2	11
	727528	2	2	2	2	1	2	2	13
	603814	1	1	1	2	1	2	2	10
20-21/Agosto	871349	2	2	2	2	1	2	2	13
	875196	1	1	2	2	1	2	2	11
	543488	2	1	1	2	1	2	2	11
	503278	2	1	2	2	1	2	2	12
	824568	2	2	1	2	1	2	2	12
	882463	2	2	2	2	1	1	2	12
	880982	2	2	2	2	1	2	2	13

24-25/Agosto	597411	1	1	2	2	1	2	2	11
	881417	2	0	2	2	1	1	2	10
	720383	2	2	2	2	1	1	2	12
	801231	1	2	2	2	1	2	2	12
	834995	2	2	2	2	1	2	2	13
	754128	2	1	2	2	1	1	2	11
	853549	1	2	2	2	1	1	2	11
25-26/Agosto	856061	1	2	2	2	1	1	2	11
	883761	2	2	2	2	1	2	2	13
	868640	2	2	2	2	1	2	2	13
	874163	2	2	2	2	1	2	2	13
	883816	2	0	2	2	1	2	2	11
	884203	2	2	2	2	1	2	2	13
	745382	2	2	1	2	1	2	2	12
30-31/Agosto	730818	2	2	2	2	1	2	2	13
	878110	2	2	2	2	1	1	2	12
	802320	2	1	1	2	1	2	2	11
	834368	1	1	2	2	1	1	2	10
	801487	1	1	2	2	1	2	2	11
	799105	2	2	1	2	1	2	2	12
	884645	1	2	2	2	1	2	2	12
31/Agosto-	883755	2	2	2	2	1	2	2	13
	881642	1	2	2	2	1	2	2	12
	856679	2	2	2	2	1	2	2	13
	878898	2	2	2	2	1	2	2	13
	505437	0	1	2	2	1	2	2	10
	862203	2	2	2	2	1	2	2	13
	884239	2	2	2	2	1	1	2	12

<i>01/Septiembre</i>	875905	2	2	2	2	1	2	2	13
	504470	2	2	1	2	1	2	2	12
	883794	2	2	2	2	1	2	2	13
	867890	2	2	2	2	1	2	2	13
	870622	1	1	2	2	1	2	2	11
	874125	2	2	2	2	1	1	2	12
<i>01-02/Septiembre</i>	880099	2	2	2	2	1	2	2	13
	683668	2	2	2	2	1	2	2	13
	885046	2	2	2	2	1	2	2	13
	865105	2	2	2	2	1	2	2	13
<i>02-03/Septiembre</i>	869454	1	2	2	2	1	2	2	12
	797854	1	2	2	2	1	2	1	11
	582756	2	2	2	2	1	1	2	12
	881451	2	2	2	2	1	1	2	12
	876691	1	2	2	2	1	2	2	12
	876361	2	2	2	2	1	1	2	12
	883832	1	2	1	2	1	2	2	11
	881616	1	1	2	2	1	1	2	10
	882056	1	2	2	2	1	1	2	11
	880647	2	2	2	2	1	1	2	12
<i>06-07/Septiembre</i>	885278	2	2	2	2	1	2	2	13
	875695	1	2	2	2	1	2	2	12
	527097	2	2	2	2	1	2	2	13
	884010	2	2	2	2	1	1	2	12
	881707	2	2	2	2	1	2	2	13
	773394	2	2	2	2	1	2	2	13
	882710	1	1	2	2	1	1	2	10
	882802	2	2	2	2	1	2	2	13

09-10/Septiembre	536834	2	2	2	2	1	2	2	13
	876957	2	1	2	2	1	0	2	10
	860519	2	1	2	2	1	2	2	12
	526301	2	0	1	2	1	2	2	10
	632735	2	1	1	2	1	2	1	10
	501079	2	2	2	2	1	2	2	13
	676273	1	1	2	2	1	1	2	10
	884083	1	0	2	2	1	2	2	10
13-14/Septiembre	561598	1	1	2	2	1	2	2	11
	851404	2	2	2	2	1	2	2	13
	877613	2	2	2	2	1	2	2	13
	827676	1	1	2	2	1	1	2	10
	866542	1	1	1	2	1	2	2	10
	875272	2	2	2	2	1	2	2	13
	654222	1	2	2	2	1	1	2	11
	885604	2	2	1	2	1	2	2	12
14-15/Septiembre	883968	2	2	2	2	1	2	2	13
	867150	2	2	2	2	1	2	2	13
	749931	1	2	2	2	1	2	2	12
	860297	2	2	2	2	1	2	2	13
	847761	1	2	2	2	1	2	2	12
	880217	2	1	2	2	1	1	2	11
	856414	2	1	2	2	1	2	2	12
	885266	2	1	1	2	1	0	2	9
16-17/septiembre	799053	1	2	2	2	1	2	2	12
	862599	2	2	1	2	1	2	1	11
	885632	1	2	2	2	1	1	2	11
	884687	1	0	2	2	1	0	2	8

20-21/Septiembre	853638	1	1	1	2	1	2	2	10
	758251	1	2	2	2	1	2	2	12
	734666	1	1	2	2	1	2	2	11
	804427	2	2	2	2	1	2	2	13
	862979	1	1	1	2	1	2	2	10
	885625	2	2	2	2	1	0	2	11
	875046	1	1	2	2	1	1	2	10
	833720	2	2	2	2	1	2	2	13
23-24/Septiembre	860971	1	2	2	2	1	1	2	11
	871304	1	2	2	2	1	1	1	10
	886486	0	1	2	2	1	1	2	9
	475727	2	2	2	2	1	2	2	13
24-25/Septiembre	482484	2	2	2	2	1	2	2	13
	419276	1	2	2	2	1	1	2	11
	878567	2	2	2	2	1	2	2	13
	736328	1	2	2	2	1	1	2	11
	800520	2	2	2	2	1	2	2	13
	868270	2	0	1	2	1	2	2	10
	747053	2	2	2	2	1	2	2	13
	825169	1	2	1	2	1	2	2	11
	879757	1	2	2	2	1	2	2	12
	886714	1	2	2	2	1	1	2	11
	835051	1	2	2	2	1	2	2	12
	803965	1	2	2	2	1	2	2	12
	874790	2	0	1	2	1	2	2	10
	879987	1	1	2	2	1	2	2	11

Aplicando la Escala de White y Song se obtuvo 7 variables; asignadas como V1...V7. Cada ítem o variable tiene un rango de valoración que va desde cero a dos. Cada parámetro consta de una valoración fija, como se puede observar en el Anexo 3.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Parte 1

Información

Somos estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y estamos llevando a cabo un estudio que pretende valorar como la ansiedad preoperatoria influye en la recuperación post anestésica. La finalidad de

este estudio es mejorar la calidad de atención en la consulta preanestésica. Los participantes del estudio serán adultos con edades comprendidas entre los 18 a 65 años que serán sometidos a una intervención quirúrgica programada en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y consiste en responder brevemente una escala que consta de seis preguntas con una duración máxima de 2 minutos la noche previa al procedimiento quirúrgico, y permitir su posterior valoración durante su estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde. Si lo desea puede retirarse del estudio y dejar de contestar en cualquier momento. Le aseguramos la confidencialidad de la información proporcionada.

Si decide participar le anticipamos nuestro sincero agradecimiento

Parte 2

Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE

Quito, ____ del mes _____ del año _____